

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jacques LEYRITZ

Ancien Externe des Hôpitaux. — Interne des Asiles de la Seine.

Diplômé de l'Institut de Médecine légale.

Né à Paris, le 20 Avril 1894.

L'HALLUCINOSE

Président de thèse : M. le Professeur HENRI CLAUDE

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1923

10

61

L'HALLUCINOSE

18

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jacques LEYRITZ

Ancien Externe des Hôpitaux. — Interne des Asiles de la Seine.

Diplômé de l'Institut de Médecine légale.

Né à Paris, le 20 Avril 1894.

L'HALLUCINOSE

Président de thèse : M. le Professeur HENRI CLAUDE

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

	Professeurs :	MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.		CUNEO
Physiologie		Ch. RICHERT
Physique médicale		André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.		DESGREZ
Bactériologie.		BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales		Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.		N...
Pathologie chirurgicale		LECENE
Anatomie pathologique.		LETULLE.
Histologie.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		RICHAUD
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène.		BERNARD
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		ACHARD
Clinique médicale		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.		MARFAN
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale.		LEJARS
		HARTMANN
		GOSSET
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		JEAN NNIN
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile		BROCA Auguste
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.		SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL
Clinique propédeutique.		SERGEANT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	Schwartz
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS.

A MA FEMME.

A MA FILLE.

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

A M. LE DOCTEUR RAOUL LEROY.

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES :

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI COLIN

MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉNEL

MONSIEUR LE DOCTEUR DE CLÉRAMBAULT

MONSIEUR LE DOCTEUR LOGRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER

INTRODUCTION

L'hallucinoze, avant Lucien Cotard (19), avait été vue par les auteurs mais n'avait pas été isolée.

Les classiques la comprenaient dans la folie sensorielle à côté de divers délires. Le terme d'hallucinoze aiguë fut employé par Wernicke (50) pour désigner une modalité des psychoses alcooliques évoluant rapidement vers la guérison.

Dupré et Gelma (25) proposèrent d'appeler hallucinoze chronique un syndrome purement hallucinatoire, non accompagné de délire, tel que l'avait décrit Cotard, sous l'inspiration de Séglas.

Cependant l'hallucination n'est-elle pas déjà un délire? On fit observer à Séglas qu'il avait lui-même fait cette remarque. Toutefois, comme le répondit cet auteur, avec juste raison, c'est du point de vue psychologique seul que l'hallucination peut être comprise comme l'homologue d'un phénomène délirant mais au point de vue clinique la distinction reste entière.

Or, dans l'hallucinoze on ne trouve pas d'idées délirantes abstraites, et l'on peut parler d'hallucinés sans délire, sans que ces termes puissent s'opposer d'aucune façon. Ils s'appliquent en effet à toute une catégorie de cas dont l'existence est bien démontrée par un certain nombre de publications et qui n'avait pas échappé du reste aux anciens maîtres.

Ces faits, cependant, restent mal connus. Les idées que l'on peut s'en faire se basent sur des cas isolés de la clinique journalière.

On a tendance, encore actuellement, à faire rentrer dans les hallucinoses des psychoses hallucinatoires plus complexes, en particulier ce que l'on appelle hallucinoze ou psychose hallucinatoire avec délire minimum.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

A la suite de la communication de Cotard, inspirée par Séglas, à la Société Médico-psychologique (19), l'attention des cliniciens a été attirée sur une forme de psychose dans laquelle les hallucinations paraissent primitives et ne s'accompagnent ni de confusion, ni d'idées délirantes abstraites.

En fait ce syndrome avait été bien vu par les auteurs qui étudièrent d'abord l'hallucination. La première observation du Mémoire d'Esquirol sur les hallucinations (26) ne concerne pas à proprement parler, un halluciné sans délire, cependant le syndrome hallucinatoire prédomine à tel point qu'il suggère à Esquirol des commentaires applicables à l'hallucinoze elle-même.

Elle se réfère au cas classique de ce Préfet de l'Empire dans une ville d'Allemagne, qui, s'étant coupé la gorge et ayant guéri présenta un état hallucinatoire avec quelques interprétations délirantes secondaires, qui dura deux ans; les hallucinations devinrent ensuite conscientes puis disparurent.

OBSERVATION I (ESQUIROL.)

Les voix étaient accusatrices mais il distinguait celle d'une dame qui lui répétait de prendre courage et d'avoir confiance.

« Il questionne, il répond, il provoque, il défie, dit Esquirol, il se met en colère s'adressant aux personnes qu'il croit lui parler. ses ennemis devinent ses plus intimes pensées et font arriver jusqu'à lui les reproches et les menaces dont ils l'accablent.

Du reste, il raisonne parfaitement juste, toutes ses facultés intellectuelles sont d'une intégrité parfaite.

Si la conversation l'intéresse, il n'entend plus les voix; si elle languit il les entend imparfaitement et quitte la société pour mieux les entendre. »

Il dialogue avec les voix.

Entendant « Tue-toi », il réplique : « Je ne léguerais pas une mémoire déshonorée à ma fille. »

Il va se constituer prisonnier à la police et déclare qu'il doit être jugé incessamment. Il attribue à la physique la transmission des voix au loin. Il ne croit pas à l'approche des armées étrangères sur Paris. « fables inventées pour surprendre ses opinions », dit : « On a imprimé ces journaux pour moi. »

Le 15 avril 1814, il sort avec Esquirol au Jardin des Plantes où campaient des soldats de toutes les nations.

« A peine avions-nous fait cent pas, rapporte Esquirol, que M. N... me serre vivement le bras en me disant : « Rentrons, j'en ai assez vu, vous ne m'avez point trompé; j'étais malade, je suis guéri. »

Dès ce moment, les « bavardes » (mot suggéré par Esquirol au malade) se taisent ou ne se font plus entendre que le matin aussitôt après le lever.

« Mon convalescent s'en distrait par le plus court entretien, par la plus courte lecture, par la promenade; mais alors, il juge ce symptôme comme je le jugeais moi-même. Il le regarde comme un phénomène nerveux et exprime sa surprise d'en avoir été dupe aussi longtemps. »

« Seule, dit Esquirol, l'hallucination caractérisait l'affection cérébrale de ce malade; ses inquiétudes, ses défiances, ses craintes n'étaient que la conséquence de ce phénomène ».

Ailleurs s'efforçant de différencier l'illusion de l'hallucination, l'auteur ajoute : « Dans le mémoire sur les hallucinations, j'ai signalé ce phénomène psychologique, j'ai rapporté des faits qui démontrent que les hallucinations se manifestent seules, sans délire et que seules, elles caractérisent quelquefois une variété de monomanie ».

Lélu, que cite d'ailleurs Esquirol, et qui, avant Baillarger, avait observé les « voix épigastriques » (30-A), qui s'était fait aussi une idée assez précise du délire de rêve (30-B) avait également distingué l'hallucinoïse des psychoses interprétatives et

hallucinatoires (30-C). Il donne dans le Démon de Socrate, à propos de la « Folie sensoriale » l'observation suivante :

OBSERVATION II (F. LÉLUT.)

G... est un vieillard de soixante-cinq ans, de physionomie et de mœurs douces, d'une intelligence ordinaire, exerçant le métier de cordonnier. Il a été admis dans la division des aliénés le 1^{er} mai 1828.

Il a eu la petite vérole à l'âge de onze ans. Il en fut aveugle, dit-il, pendant quatre mois, et en a conservé une ophtalmie chronique, caractérisée encore par de la rougeur au bord libre des paupières.

Il s'est marié à l'âge de vingt et un ans, et, à trente-deux, a servi comme volontaire, de 1793 à 1794. Il a rapporté du service militaire des « fraîcheurs » qui, immédiatement l'ont rendu très malade, et dont il lui reste un « lumbago » qui le fait marcher courbé et comme plié en deux. Il y a dix-huit ans, la misère rendit sa femme folle, et elle est restée en cette qualité à l'hospice de la Salpêtrière.

En 1820, G... revenait de Montsouris, il était, dit-il, bien portant, n'avait pas bu. Il « voit » huit ou dix hommes qui le suivaient; il les « entend » chanter, et se range pour les laisser passer. Il tombe, et se retrouve dans un corps de garde, avec une plaie profonde au-dessus du sourcil gauche, et dont on voit encore la cicatrice. On le transporte chez lui. Quelques jours après, on lui dit qu'il a indubitablement été frappé par les hommes qu'il a vus le suivre dans la plaine de Montsouris. Il le croit d'autant mieux qu'un de ses amis et sa femme ont été dernièrement attaqués et blessés, mais dans un autre lieu. Actuellement encore, G... est persuadé qu'il a été suivi et frappé par des individus faisant partie d'une bande de voleurs dont un grand nombre d'actions semblables sont restées impunies. A la suite de sa chute et de sa blessure, il a conservé longtemps une douleur dans le côté droit de la tête. Il ajoute que, depuis deux ou trois ans, il lui arrivait souvent de « voir le bord des ruisseaux près desquels il passait « verts ou rouges » et que cela coïncidait avec de violents étourdissements ».

Au mois d'août 1827, en rentrant chez lui un soir, il commence « brusquement et pour la première fois à entendre du bruit, des voix » qui le menacent de malheurs, et l'effraient au point qu'il appelle un voisin, l'engage à faire avec lui une perquisition dans les greniers pour y chercher les individus qu'il croit avoir entendus.

La perquisition est infructueuse. G... engage son compagnon à se coucher avec lui. Pendant la nuit, il « entend encore les mêmes voix » mais son compagnon n'entend rien. Les jours, les nuits suivantes, G... fut en proie aux mêmes perceptions. Cela dura ainsi pendant « quatre mois ». Au bout de ce temps, non seulement il « entendit des voix » mais il « vit » soit en tout, soit en partie, les individus qui lui parlaient.

Depuis qu'il est à Bicêtre, les perceptions sont de plus en plus fortes; elles sont continuelles et ont lieu la nuit comme le jour. La lassitude seule procure du sommeil à G...; mais l'habitude a presque fait cesser la crainte que ces perceptions lui inspiraient jadis.

Pendant la nuit, les « voix » le menacent de malheur, lui parlent de tout ce qu'il a fait, de ce qu'il fera; elles le défient de se délivrer d'elles. Ces perceptions relatives à l'ouïe s'accompagnent de perceptions relatives à la vue; G... voit en totalité ou en partie les personnes dont il croit « entendre la voix ». Une d'elles lui a, dit-il, un jour, « montré » seulement « deux doigts ». Ces personnes sont très légères, comme faites de carton et remplies de vent, et peut-être est-ce là leur nature. Aussi, rien de plus facile que de les « repousser » du pied ou de la main. Dans une lutte semblable avec l'une d'elles, il y a huit jours, G... s'est laissé choir de son lit et s'est blessé à la main droite. Il voit ces personnes se vêtir des habillements des malades qui couchent dans la même salle que lui, et venir le trouver dans ce costume. A ces perceptions de l'ouïe et de la vue se joignent des perceptions légères du « tact ». G... « sent » ses persécuteurs le « toucher, le pousser ». Il s'y joint aussi des perceptions de l'odorat et du goût : l'haleine de ces personnes « sent » réellement « mauvais », elle lui infecte le nez et la bouche et il est obligé de se rincer cette dernière cavité tous les matins en se levant.

Pendant le jour, G... a presque exclusivement les perceptions de l'ouïe, cependant, celles de la vue ont quelquefois lieu aussi, mais d'une manière vague, fugitive, incomplète; car G..., souvent, ne voit alors que le visage, ou une partie du corps de ses persécuteurs. Les perceptions de l'ouïe, au contraire, ont lieu continuellement même pendant que vous parlez à G... sur le sujet même de ses peines. c'est-à-dire de ses hallucinations. Ainsi il vous dit : « Tenez, dans ce moment même la voix me dit telle chose; la personne à laquelle elle appartient peut être à telle distance, là-bas, sous ces combles, et elle a dû passer par ce petit trou pour y entrer. »

Depuis onze mois, G... n'a pas cessé un seul jour, une seule nuit, un seul instant, excepté aux heures de sommeil, qui sont rares et fort courtes, d'être tourmenté de ses perceptions. Il y croît ferme-

ment bien qu'il soit tenté de regarder les êtres qui le persécutent ainsi comme d'une nature autre que la sienne, et ayant, entre autres facultés, celle de se transporter, sans être vus et avec la rapidité de l'éclair, d'un lieu dans un autre. Il croit qu'on peut le délivrer d'un semblable état; et m'en fait la demande formelle.

G... joue aux cartes avec attention et succès, mais tout en jouant, il entend continuellement ses voix qui lui parlent de son jeu et de choses qui y sont étrangères. « Tenez, me dit-il, en ce moment, la voix me dit telle chose, et maintenant telle autre; ils sont six : ce sont des diabolins; ils obéissent à leur maître qui est Satan. »

Depuis plusieurs jours, je ne cesse de lui faire entendre que je m'occupe des moyens de le délivrer des importuns qui le tourmentent, et il a en moi la plus grande confiance à cet égard. Aussi, « ses perceptions de l'ouïe se rapportent-elles à nos conversations sur ce sujet ». Ses persécuteurs lui disent, même dans le moment où je lui parle, que j'aurai beau faire, que je ne viendrai pas à bout de mon dessein, qu'il faudra qu'il vienne avec eux se ranger sous l'obéissance du « diable ». Quelquefois, cependant, durant nos conversations, les voix ne se font pas entendre à G... Les êtres auxquels elles appartiennent croient, dit-il, au Très-Haut; mais ils ne croient pas à la divinité de J.-C., et telle paraît être, en effet, aussi la croyance de G...

Il est sujet à une légère céphalalgie, surtout à droite; le bord des paupières est rouge et injecté; les yeux sont larmoyants. Il n'y a pas de bluettes; la vue est fort bonne; les pupilles sont contractées. G... lit et travaille très bien sans lunettes; il perçoit fort bien, et telles qu'elles sont pour tout le monde, les odeurs et les saveurs. Il n'y a ni tintements ni bourdonnements d'oreille; l'appétit est très bon, la langue naturelle, les digestions faciles. G... ne se plaint que de ses persécuteurs. Ils lui disent, entre autres choses, que, si je parviens à le débarrasser d'eux, ils seront anéantis, brûlés, ainsi que leur grand maître, le secrétaire du diable qu'ils redoutent beaucoup. Ce secrétaire du diable, que G... ne connaît pas autrement, demeure tout près de l'hôpital de la Pitié. G..., étant dans cet hôpital, a été transporté chez lui par les « diabolins » qui le tourmentent, et qui, dans un trajet très court lui « ont fait voir toutes sortes d'objets, telles que forêts, vallées, etc... » Arrivé chez ce suppôt du démon, G... a été sollicité par lui de s'enrôler dans la bande de ses « diabolins »; mais il a opiniâtrément refusé, et alors des infirmiers de l'hôpital sont venus le chercher et l'ont reconduit à son lit. Il croit fermement à tous les faits que je viens de raconter d'après lui, et tels qu'il me les a racontés lui-même. Ce récit, comme on le sent bien, n'est autre chose que l'histoire

des rêves ou des hallucinations d'un accès de manie plus aiguë, dont le malade a été pris à l'hôpital de la Pitié.

Cet état se continue sans aucun changement pendant les deux derniers mois de 1828, et pendant toute l'année 1829. Dans les premiers jours de janvier 1830, G... est pris d'une pleuro-pneumonie aiguë, à laquelle il succombe le onze de ce mois.

Dans l'observation qu'on vient de lire, c'est à peine si l'invasion brusque des hallucinations a été précédée de quelques légers prodromes, tels qu'une chute, due probablement à une congestion cérébrale, et précédée de fausses perceptions de la vue et de l'ouïe, et d'étourdissements avec coloration fausse de certains objets. La folie, purement sensoriale, a conservé pendant près de trois ans ce caractère, sans qu'il s'y mêlât aucun délire maniaque proprement dit, au point que le malheureux qui en était atteint était quelquefois tenté de regarder ses hallucinations comme une incommodité dont la médecine pouvait le délivrer.

Les organes des sens étaient d'ailleurs dans un état d'intégrité complète. La vue même était meilleure qu'elle ne l'est d'ordinaire chez beaucoup de vieillards de l'âge de G... Cette observation est donc des plus curieuses.

Brierre de Boismont (9) distingue :

1^o des hallucinations « reconnues »,

2^o des hallucinations « non reconnues » par le malade.

Quelques-unes de ces hallucinations, dit-il, établissent la transition de la raison à la folie.

On peut poser en principe qu'il y a des hallucinations qui existent avec la raison, soit que celle-ci en ait la conscience, soit qu'elle les accepte comme des réalités; mais dans ce cas, les discours, les actions ne s'écartent point de la vie commune : l'hallucination est un fait exceptionnel qui n'a point d'influence fâcheuse sur la conduite.

Morel (37), sur ce point, cite Parchappe (41) :

« Parchappe admet que l'hallucination est compatible avec l'intégrité de la raison. Tout d'abord, sans contestation pos-

sible, dans les cas authentiques et assez nombreux où l'hallucination n'entraîne pas l'erreur de jugement, et est reconnue comme une illusion par la raison parfaitement intacte. Ensuite et quoi qu'on ait pu dire, dans un grand nombre de cas non moins authentiques, où l'hallucination a entraîné l'erreur de jugement sur la réalité d'un objet extérieur qu'il est dans sa nature de motiver ».

Luys (34) dans ses considérations anatomo-cliniques invoque l'hypertrophie isolée d'un lobule paracentral pour expliquer « l'inégale répartition des processus hallucinatoires dans les deux lobes cérébraux ».

Il ajoute :

« Cette disposition particulière peut servir d'argument à ceux qui soutiennent la coexistence de l'hallucination avec la raison ».

Ball (4) admet l'existence d'hallucinations inconscientes chez des sujets non atteints d'aliénation mentale. Cependant « ils sont sur la pente qui conduit à l'aliénation ».

Jamais, dit-il, les hallucinations ne peuvent être « physiologiques » suivant l'expression de Brierre de Boismont.

Baillarger (3) semble avoir mieux distingué certains cas où le délire surajouté aux hallucinations est pauvre. Il en est ainsi, en effet, dans la courte observation suivante :

OBSERVATION III (BAILLAGER.)

D..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 18 janvier 1842. Cette femme est tourmentée depuis plusieurs mois par des voix qui lui parlent pendant le jour et lui paraissent venir de dessous le plancher. Elle ne conçoit rien à ce qu'elle éprouve, et croit que c'est le diable qui la persécute; mais ce dont elle se plaint le plus, c'est que, dès qu'elle est couchée, on la pique avec des fourchettes, des couteaux, etc.: les douleurs sont si fortes, qu'elle est obligée de sauter du lit; elle affirme que, depuis deux mois, elle n'y est pas restée une seule fois pendant une heure de suite.

Enfin Dagonet (21) ne donne qu'une vague indication sur le sujet :

« Les hallucinations, dit-il, sont compatibles avec l'intégrité des facultés mentales comme Brierre de Boismont l'avait déjà affirmé ».

Ces différents auteurs, on le voit, n'envisagent pas d'une façon particulière le sujet des hallucinés sans délire.

Séglas (45) dans ses leçons cliniques rapportant un cas de « délire hallucinatoire avec confusion secondaire » ajoute une remarque, déjà faite par Lélut (30 D), sur laquelle il a insisté ensuite à plusieurs reprises :

« A proprement parler il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations. De même, l'état de confusion mentale ne résulte pas d'une sorte d'affaiblissement des facultés intellectuelles, mais se présente surtout à titre de conséquence directe de la répétition presque incessante des troubles hallucinatoires qui, d'autre part, absorbent toute l'attention de la malade et la distraient du monde extérieur. Quand ses hallucinations disparaissent la confusion s'efface, et cette femme revient brusquement aux conditions normales d'existence dans le milieu où elle se trouve ».

On le voit, cette opinion de Séglas est à rapprocher du commentaire que fait Esquirol de l'observation citée plus haut et à propos de la communication de Cotard (19) il précise nettement les caractères cliniques des cas présentés par son élève.

Farnarier (27) bien que citant également Séglas, confond dans la psychose hallucinatoire aiguë, comme le fait remarquer Chaslin (16) à côté de faits qui se rapprochent de l'hallucinoïse, des faits complexes, analogues à celui de Séglas, dans lesquels existent de la confusion primitive ou secondaire, des cas de « paranoïa aiguë », des délires d'influence, etc.

Pour Chaslin (16) l'hallucinoïse est un trouble mental essentiellement caractérisé par des hallucinations de tous les sens,

sans système délirant, sans idées délirantes abstraites surajoutées. Les malades qui en sont atteints n'ont aucune des tendances et réactions des persécutés. F... (dont il donne l'observation et qui est le deuxième malade de Lucien Cotard passé dans son service le 26 décembre 1908) n'est pas non plus, dit-il, un alcoolique. Tout en croyant à la réalité de ses hallucinations (comme Séglas l'avait déjà fait remarquer avant lui) il sent qu'il est malade.

L'hallucinose, pour cet auteur, diffère du délire hallucinatoire décrit par Farnarier, bien que celui-ci ait mélangé les deux formes dans sa thèse (27).

Ce n'est pas non plus un délire de rêve. Mais il confond l'hallucinosé chronique et l'hallucinosé aiguë, car il fait la différenciation entre le cas qu'il prend comme exemple, cas chronique, et la psychose hallucinatoire aiguë. L'hallucinosé, dit-il en outre, peut durer deux ans.

Dide et Gassiot (22), puis Gassiot dans sa thèse (28), envisagent l'hallucinosé du même point de vue que Chaslin, mais ils l'appellent « psychose hallucinatoire chronique », terme qui prête à confusion.

Cotard (19) sous le nom de « psychose hallucinatoire » rapporte des cas d'hallucinosé pure.

Ces observations sont essentielles et nous les reproduisons entières :

OBSERVATION IV (COTARD.)

K... Ernest, âgé de cinquante et un ans, est entré à Bicêtre le 6 avril 1894. Il présente de multiples hallucinations. Voici comment il les exprime : Ce sont d'abord des hallucinations auditives élémentaires : bruits de sifflets, de fifre, de musique, puis verbales : « Ça vient, dit-il, causer tout doucement comme la voix d'une personne qui serait à côté de vous », ou bien tout d'un coup ça « gueule » dans les airs : Boum. — C'est une voix travaillée; cela dure depuis l'exposition de 89; le début de tout, c'est la voix

que je ne comprenais pas. C'est venu avec un tas de saloperies ». Il entend des voix qui viennent du dehors, et d'autres qui viennent du dedans, ce sont des hallucinations auditivomotrices. C'est comme un tuyau qu'il a dans le gosier, et qui parle; c'est comme un tramway qu'il a dans la gorge ou la tête et qui fait : coin, coin. Cela lui sort du nez comme un souffle. Souvent quand il parle, ce n'est pas lui, mais on lui fait remuer la langue. « Quand je lis mon journal, si je ne le lis pas moi-même, ça le lit en changeant de voix; quand je m'arrête, je sens que ça continue dans le gosier comme la parole même. » C'est comme un tonnerre qui lui sort du ventre. On le force à parler, à dire des choses sales, un tas de cochonneries. « Autrefois, quand je travaillais, par exemple, je sentais ma bouche, et ma langue qui marchaient, et ce n'était pas moi qui parlais : c'était comme si c'était moi, mais je savais bien que ce n'était pas moi. »

D'autre part, K... présente également des troubles de la sensibilité générale : il se plaint de secousses « comme si on lui tirait des ficelles, et cela lui saute dans les membres ». Je lâche des gaz qui ne sont pas réguliers, petits, forts, faibles. Dans l'anus, c'est comme si j'avais un étron qui marche. Il a dans le corps une espèce de tube qui va de l'anus au gosier; ce tube se déplace et gueule en même temps. Il se plaint aussi de « la pile » dans les jambes. Cette pile lui produit l'effet d'une « chaudière qui est rouge, d'une marmite bouillante », d'une espèce de voile, de fumée, de plaque, et ça vient ensuite causer tout doucement, ou bien ça « gueule » tout haut dans les airs.

« Une fois, sur le boulevard de l'Hôpital, ma langue et ma bouche ça marchait tout seul, c'était comme une « ganache » (ganache signifie en terme d'argot : mâchoire); et il imite avec ses deux mains un bec qui s'ouvre et se ferme.

K..., d'autre part, n'interprète pas ses hallucinations; personne ne lui en veut, il ne se connaît pas d'ennemis. Les sensations bizarres qu'il ressent, il les constate, il ne les explique pas. Lui demande-t-on par exemple, pourquoi il entend des voix, il répond qu'il ne sait pas; comment il se peut qu'il entende des voix, il ne sait pas non plus; si on le persécute, et qui, il ne sait pas. Bref, il se borne à constater et à enregistrer ses hallucinations. Jamais à aucun moment K... n'a donné d'autres renseignements à ce sujet; jamais il n'a bâti aucun système délirant.

Ces phénomènes ont duré pendant tout le séjour de K... à Bicêtre, jusqu'en 1906, c'est-à-dire pendant douze ans, au bout desquels il est rentré dans sa famille, sans aucune modification dans son état.

Si maintenant nous analysons cette observation, nous pouvons constater tout d'abord que K..., loin d'être réticent, s'étend au contraire avec complaisance sur les différents troubles qu'il ressent et qu'il s'efforce de traduire de son mieux. C'est là un premier caractère.

Il en est un second, non moins important, c'est l'absence de toute tentative d'interprétation. K... répète souvent en effet qu'il ne sait, et n'a jamais su ni pourquoi ni comment ces phénomènes bizarres se produisaient. Il se borne à les constater.

Ces premières remarques nous indiquent déjà que K... n'est pas un persécuté. K... n'en a nullement le caractère méfiant et égocentrique. De plus, K... est sociable, plutôt aimable.

Notons enfin que le malade était très calme, qu'il travaillait régulièrement. Plusieurs congés d'essai lui ayant bien réussi, il fut enfin rendu à sa femme qui le réclamait.

OBSERVATION V (COTARD.)

F..., Maurice, âgé de vingt-cinq ans, est entré dans le service du Dr Séglas le 13 juin 1908, après avoir passé quelque temps dans le service du Dr Pierre Marie, où il avait été admis à cause de ses hallucinations.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires; lui-même s'est toujours bien porté avant sa maladie actuelle. Il était, au dire de son père, d'un caractère vif et volontaire. Il avait, jusqu'alors, été employé dans une compagnie d'assurances.

Le début de l'affection remonte au mois de juin 1907. A cette époque, on remarqua un certain changement dans sa manière d'être. Il riait parfois sans raison, ou bien restait le nez dans son assiette pendant les repas. Peu de temps après, il avoua à sa tante qu'il entendait des voix; ces voix l'appelaient, soit le jour, soit la nuit, et alors il se levait. Quand les voix lui parlaient, il fallait qu'il leur réponde. A la suite d'un séjour de deux mois dans la maison de santé du Dr Pottier, à Picpus, l'état de F... s'était sensiblement amélioré, si bien qu'il put se remettre au travail; mais cette amélioration ne persista pas, et F... entendit de nouveau des voix. Quand il s'endormait, il croyait voir une personne au pied de son lit. Il croyait qu'on l'électrisait.

F... entra le 17 novembre dans le service du Dr Pierre Marie. Il s'y montra d'abord très tranquille, quoique d'humeur changeante.

Au mois de juin, F... commença à refuser de manger, disant qu'il n'avait pas faim. Les jours suivants, il manifesta une certaine excitation, et notamment tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre. C'est à la suite de cet événement qu'il fut transféré dans le service de M. le Dr Séglas.

Interrogé à son entrée, F... raconte comme suit les diverses périétés de sa maladie :

Une nuit, dit-il, il a vu comme des traits noirs qui passaient à côté de lui; Il s'est aussitôt réveillé en sursaut; il s'est dit : « Mais qu'est-ce qu'il y a? Je suis donc halluciné? » Puis il se souvient d'avoir été se promener aux Galeries Lafayette, sur les bateaux mouches et dans le métro où il a reçu une décharge épouvantable. Il se sentait alors comme commandé, comme poussé à aller devant lui; il entendait même des voix qui lui disaient : « Je veux que tu ailles là. » Maintenant, il voit souvent trois personnes d'un côté, et trois de l'autre; celles de droite disent le contraire de celles de gauche. Ces personnes entrent par les murs. Elles existent, on pourrait les toucher; l'une d'elles est maigre, l'autre est grosse, habillé en redingote. Elles prennent souvent la tête d'un député; elles le traitent de fumier, de « rondibé » (sic).

Parfois aussi F... avait des hallucinations verbales, visuelles : il voyait une main écrire sur le mur le mot « mal... », soit en rouge, soit en bleu, soit en noir, ou bien tracer des opérations arithmétiques.

F... sent encore des « pointes électriques qui lui sortent du corps »; il perçoit souvent des odeurs de vin, de fromage, de raï-fort iodé, d'iodoforme. Il voit souvent des bras coupés, des têtes fendues. Il sent dans la poitrine comme un fil tendu du sein au cœur; il a vu un feu violet qui lui est entré dans le nombril. Sa tête change, tantôt elle devient énorme, tantôt au contraire, toute petite. Il a des mouches devant les yeux. Elles sortent des fleurs du jardin. Il sent du « froid dans les parties ». Il y a des flammes qui traversent le mur et lui entrent dans le dos.

Toute la journée des voix lui parlent. Il en est abruti. Elles lui causent politique ou affaires, et s'il voulait leur répondre, il y perdrait la tête. Par moment, il sent son corps grossir; il a dans la bouche de mauvais goûts.

Telles sont les principales hallucinations dont souffre F... Ce ne sont pas les seules, et si on le laissait parler, on pourrait constater qu'elles sont, en quelque sorte, innombrables, si bien qu'il y aurait presque lieu de se demander s'il ne s'agit pas là, au moins dans une certaine mesure, d'une confabulation développée ou entretenue par les quelques interrogatoires auxquels a été soumis F... D'ail-

leurs, en faisant la part de cette confabulation possible, il n'en reste pas moins certain que F... a de véritables hallucinations, c'est-à-dire qu'actuellement F... a complètement perdu la notion de la nature exclusivement subjective des sensations qu'il perçoit, notion qu'il paraissait, au contraire, posséder au début de son affection, alors qu'il se demandait si véritablement il était halluciné.

Actuellement, F... est profondément persuadé que les voix qu'il entend ont une cause extérieure à lui-même, et que les personnages qu'il voit ont une existence réelle puisque, dit-il, « on pourrait les toucher ».

Or, pas plus que le malade précédent, F... n'interprète ses hallucinations; il déclare qu'il ne comprend absolument rien à ce qu'il ressent et si on lui fait remarquer que tout ce qu'il raconte est absurde, il en convient facilement sans toutefois jamais admettre qu'il s'agit là de phénomènes purement subjectifs. En présence de ces multiples hallucinations, on pourrait, il est vrai, penser à l'alcoolisme. C'est une hypothèse que nous croyons pouvoir éliminer.

En effet, en ce qui concerne le premier de nos malades, qui a été observé pendant douze ans, il est à remarquer que ses hallucinations ont persisté sans modification aucune; d'autre part, son état mental n'a pas varié non plus. K... est un débile, et son état intellectuel n'a présenté aucun changement. S'il avait été alcoolique, il est plus que probable qu'il aurait guéri, ou bien, au contraire, qu'il aurait versé dans la démence.

En ce qui concerne le second, l'hypothèse de l'alcoolisme n'est pas plus admissible, et cela pour les mêmes raisons que précédemment. De plus, F... ne présente aucun signe physique d'intoxication éthylique. Nous pouvons donc admettre qu'il s'agit de psychose hallucinatoire, essentiellement caractérisée par de multiples hallucinations, par l'absence de tout système délirant et, enfin, c'est un dernier point sur lequel il convient d'insister, par la conservation à peu près intacte des facultés intellectuelles. En effet, nos malades sont entrés à Bicêtre par des placements volontaires. Tous deux étaient conscients sinon de la nature subjective de leurs hallucinations, du moins de leur caractère pathologique. C'est ainsi que le premier de nos malades disait qu'il préférerait rester à l'hospice de Bicêtre plutôt que de retourner chez lui, se rendant compte qu'il n'était pas comme tout le monde. Quant au second, il dit lui-même qu'il est entré à Bicêtre pour se soigner.

Il n'existe donc pas plus d'affaiblissement intellectuel que de délire. Et c'est ce qui permet de distinguer ces deux cas, soit de la confusion mentale hallucinatoire, soit de la paranoïa aiguë.

A la suite de la communication de Cotard les observations se multiplient [Crinon (20), Dupré et Gelma, qui adoptent pour leur malade le terme d'hallucinoze chronique, ils en restreignent le sens avec précision aux hallucinés sans délire. Le terme est ainsi adapté à un objet nettement délimité. Buvat (11). Dupré et Collin (24), Dupouy (23), Nordman et Bonhomme (39).

CHAPITRE II

DÉFINITION

Tous ces cas ainsi que les trois observations personnelles que nous rapporterons montrent l'existence d'un syndrome essentiellement caractérisé par des hallucinations inconscientes sans délire abstrait surajouté.

Le terme d'hallucinose nous paraît convenir exactement à la dénomination de ce syndrome constitué :

1° Par des hallucinations, uni ou multisensorielles inconscientes, mais accompagnées le plus souvent du sentiment vague d'un état pathologique.

2° Par l'absence de délire abstrait surajouté aux hallucinations.

3° Par l'absence de confusion mentale.

4° Par l'absence d'affaiblissement intellectuel lié à l'évolution du syndrome psychopathique.

5° Par l'absence fréquente chez le malade du caractère paranoïaque.

6° Par son indépendance des terrains psychopathiques sur lesquels il évolue.

Ce syndrome peut s'observer dans des conditions très différentes.

Tantôt il reste à l'état pur et suit une marche chronique. Il semble se rapprocher dans ces cas, comme l'a noté Ségla, de la psychose hallucinatoire chronique, à laquelle il se rattache par toute une série de cas intermédiaires, psychoses hallucinatoires « avec délire minimum » suivant l'expression d'Alajouanine et Codet (2), tantôt même il n'est qu'une modalité de dé-

but de la psychose hallucinatoire chronique [folie sensorielle des auteurs italiens, Bianchi (38)].

D'autres fois il évolue vers la guérison et l'on peut parler dans ces cas d'hallucinose aiguë. Parmi ceux-ci nous rangerons certaines formes d'onirisme hallucinatoire mnésique.

Un certain nombre d'autres cas aigus se rapprochent de ce que Séglas et Levy-Darras (33) ont décrit sous le nom de psychose d'influence

Nous rapporterons en particulier trois observations, l'une de Beaudoin (obs. XIII), l'autre de Juquelier et Le Maux (obs. XIV), une autre personnelle (obs. XII), dans lesquelles l'hallucinose est constituée essentiellement par des hallucinations psychiques. Ces faits n'ont pas été, à notre connaissance, encore mis en valeur; ils méritent cependant d'être remarqués. Ce rapprochement est tel que Beaudoin a pu intituler son observation « délire d'influence ».

Dans ces cas plus encore que dans les faits rapportés par Séglas et Cotard, l'absence du caractère paranoïaque est la règle.

Au surplus cette forme aiguë d'hallucinose peut se présenter comme la phase terminale d'une psychopathie évoluant vers la guérison.

A un autre point de vue certains cas d'hallucinose peuvent être considérés, dans l'état actuel de la question, comme essentiels, d'origine indéterminée; d'autres cas au contraire apparaissent comme nettement liés à une lésion cérébrale en rapport avec un état toxique ou toxi-infectieux.

En résumé l'hallucinose n'est qu'un syndrome essentiellement caractérisé par des hallucinations sans idées délirantes surajoutées qui peut s'observer dans des conditions cliniquement très différentes et qui présente des relations avec diverses formes de délires (délire de persécution, délire d'influence, délire onirique, etc.).

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Nous envisagerons successivement le mode de début, la symptomatologie et les associations morbides.

I. — MODE DE DÉBUT.

Le syndrome peut être primitif, ou secondaire à un état pathologique organique ou psychopathique.

Dans les cas d'hallucinosse primitive les hallucinations apparaissent d'emblée, souvent même à une date précise que fixe le malade. Il en est ainsi dans le cas de Lélut : « Au mois d'août 1827, dit-il, en rentrant chez lui un soir, il commence brusquement et pour la première fois à entendre du bruit, des voix », chez le malade de Lwoff et Condomine (35) dont les voix survinrent le 2 juillet 1909 dans la soirée, dans l'observation d'Alajouanine et Codet (2) où les hallucinations apparurent le 24 juin 1913, etc...

Dans d'autres cas d'hallucinosse primitive on peut voir le début se faire par des symptômes donnant l'apparence d'une démence précoce.

C'est ainsi qu'au début, la malade de Buvat « faisait penser, d'après cet auteur, à une démence précoce ». De même le malade de Cotard (obs. V) présentait au début un ensemble de réactions qui aurait pu orienter le diagnostic vers l'hypothèse d'une démence précoce.

« Le début de l'affection remonte au mois de juin 1907. A cette époque on remarqua un certain changement dans sa manière d'être, il riait parfois sans raison, ou bien restait le nez dans son assiette pendant les repas. »

Après une amélioration passagère, « F... entra le 17 novembre dans le service du docteur Pierre Marie. Il s'y montra d'abord très tranquille, quoique d'humeur changeante. Au mois de juin, F... commença à refuser de manger, disant qu'il n'avait pas faim. Les jours suivants il manifesta une certaine excitation, et notamment tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre. C'est à la suite de cet événement qu'il fut transféré dans le service de M. le docteur Séglas ».

En réalité l'observation ne montra pas dans ces deux cas d'évolution précoce vers la démence.

Cependant ces faits sont à rapprocher de l'opinion de Rogues de Fursac sur l'hallucinoïse. « Le plus probable, à mon avis, dit-il, est qu'elle constitue une phase transitoire de la démence précoce délirante. »

Mais de la façon dont nous envisageons le syndrome nous avons vu qu'il prend une signification beaucoup plus étendue.

D'ailleurs, ces vues ne s'opposent pas, au contraire. Le fait qu'elle peut constituer une phase transitoire de la démence précoce confirme la valeur de simple syndrome, d'état de passage que semble posséder l'hallucinoïse, comme nous l'avons déjà indiqué.

Enfin dans d'autres cas encore, on peut observer un début neurasthéniforme. L'observation personnelle (obs. XI) que nous donnons plus loin en est un exemple. Celle de Régis pourrait être aussi, dans une certaine mesure, considérée comme devant en être rapprochée pour son mode de début, mais il s'agit d'un cas intermédiaire sans période purement hallucinatoire.

Dans d'autres cas l'hallucinoïse est secondaire à un autre état morbide. On peut en trouver des exemples dans la littérature.

Paul Camus (12) rapporte le cas d'un homme de 63 ans atteint de néphrite interstitielle, borgne et hémianopsique. Ce sujet vit survenir des hallucinations dans son champ visuel conservé.

OBSERVATION VI (PAUL CAMUS.)

L'atteinte et la perte de l'œil droit remontent à 1887; le malade avait alors quarante-six ans; un certificat de la Clinique des Quinze-Vingts indique qu'il eut une cataracte compliquée de décollement de la rétine de ce côté. Une opération tentée échoua et le résultat fut la destruction du globe oculaire. Borgne il resta jusqu'à il y a cinq ans. Il eut à cette époque des accidents rénaux et vésicaux attribués à des vésicatoires trop copieux (néphrite et cystite cantharidiennes), à la suite desquels survint l'hémianopsie temporale gauche. Une parachromatopsie particulière aurait existé pendant un an; tous les objets étaient vus comme à travers une vitre colorée, revêtus d'une teinte tantôt verte, tantôt rouge. Pas de scotomes apparents.

Depuis trois ou quatre ans, l'acuité visuelle faiblit un peu, elle ne lui permet de reconnaître les personnes qu'à une assez faible distance. Il ne peut lire que les gros caractères et ne lit que difficilement.

Pas de troubles moteurs ni sensitifs nulle part, réflexes tendineux égaux et un peu vifs. Pas de tremblement; insomnie nocturne fréquente, pas de cauchemars ni d'agitation; pas d'abus alcooliques saisissables.

Hallucinations visuelles. — Apparition, fin 1903. D'abord discrètes et rares, puis quotidiennes. Aspect et contenu toujours à peu près identiques.

C'est tout d'abord comme une tache blanche ou colorée qui, très rapidement, se précise et figure un objet ou constitue la tête et le corps d'une personne. Souvent les mêmes physionomies reviennent, d'hommes ou de femmes, la plupart connues du malade, telle l'image de son beau-frère, mort il y a quelques années.

Voici la description qu'il en donne : « Les hommes sont le plus souvent en noir, avec des chapeaux noirs, ils se mettent toujours dans des endroits sombres; les femmes ont des bonnets blancs, mais elles en changent suivant le fond, noirs sur le noir, blancs sur le blanc; c'est un peu comme le caméléon...; leur figure est transparente, on ne voit bien que les contours... Par moments, quand j'en fixe un, je le vois disparaître, il faut croire que ça l'influence; mais à sa place, il en vient un autre, comme d'en dessous, puis encore un, c'est comme les feuilles d'un calendrier. Hier, en plein jour, de ma fenêtre, j'en vois un bien net, il était si transparent qu'un enfant qui jouait est venu passer à travers lui. Ces jours derniers, je vois deux femmes en blanc sur mon rideau, je l'écarte, et je les vois sur le carreau dans la même direction.

« Ce sont des visions d'êtres impalpables, j'ai été pour y mettre la

main, leur parler, mais je n'ai pu ni les toucher, ni entendre leur voix. Parfois, ils sont en groupe, d'autres fois, ils défilent devant mon œil, quand je fixe un endroit. Tenez, là, dans l'angle, je vois trois ou quatre têtes l'une au-dessus de l'autre; je les vois de la même façon que les objets qui sont devant moi; il y en a qui se rapprochent avant de s'en aller; de loin, je les vois entiers, dès qu'ils sont près, je ne vois plus que la tête et le buste; je les vois du côté du nez et à droite; au dehors, à gauche, je ne vois rien. Ce sont des visions qui sont maintenant continuelles, la nuit comme le jour.

« Ces images sont souvent petites, lilliputiennes, petits bonshommes, petits objets; un certain nombre d'entre elles sont colorées en vert : plantes vertes, couleurs vertes, couronnes vertes, mais parfois aussi de couleurs variées : paysages, tableaux animés. »

Réactions. — Étonnement puis intérêt, après quelques mois, fatigue et inquiétude.

Il les voit toujours dans la même direction, se déplaçant quand il tourne la tête, dans le champ visuel conservé. Pour les éviter, il met un bandeau sur l'œil, ou une pièce de 5 francs, ou bien une feuille de plomb. Il vient consulter à leur sujet à la Salpêtrière en 1904. Il reconnaît spontanément que, malgré l'apparence d'objectivité, ces images ne viennent pas d'objets extérieurs réels. Il ne les incorpore à aucun délire et n'en fait même aucune interprétation. Aucun trouble de la fonction des autres sens, ni de la sensibilité générale.

Evolution. — Durant 1904 et 1905, l'état reste stationnaire. On observe une sédation de quelques semaines par le régime lacté absolu. Il dort mieux et, pendant le sommeil, est complètement à l'abri de ses visions.

En 1906, céphalée intermittente. Il interprète certaines hallucinations : de ces personnes, il fait des esprits, les uns bons, les autres mauvais, les méchants sont de couleur particulière, ils ont les yeux ronds, sans paupières. « J'appelle ça des esprits, car on ne peut les toucher. »

En 1907; 1908, 1909, affaiblissement psychique progressif, diminution de la mémoire, les interprétations prennent un caractère dementiel.

En 1910, affaiblissement psychique et physique; il meurt le 3 mai 1910. Pas d'autopsie.

On peut encore considérer comme hallucinose secondaire le premier exemple d'hallucinations lilliputiennes donné par Raoul Leroy (32). Il s'agissait d'un état d'onirisme à type d'hallucinose, déterminé par un ictus chez un paralytique général.

OBSERVATION VII (RAOUL LEROY.)

H..., célibataire, issu d'une famille n'ayant jamais présenté aucune tare, est atteint, à l'âge de quarante ans, des symptômes de paralysie générale. La marche de l'affection fut classique avec une forme complètement démentielle, sans excitation ni délire. Trois ans après le début de la maladie, H... a une attaque congestive d'une demi-heure de durée. Le lendemain apparaît un délire hallucinatoire intense. Le malade raconte qu'il a vu quelqu'un dans l'escalier, que les meubles de sa chambre sont changés de place, il voit des vaches rouges sur le mur (hallucinations visuelles différenciées), des mots écrits (hallucinations visuelles verbales) et que son lit est plein de sel, de poivre et de verre pilé. Il ramasse à terre des fils imaginaires qu'il pelotonne, et secoue les rideaux de la fenêtre pour enlever ceux qu'il voit.

Les jours suivants, le malade éprouve les mêmes hallucinations. Ce sont toujours des fils qu'il pelotonne et jette au feu, des personnes qui entrent dans sa chambre; on pose des fils électriques autour de lui; on a changé la fenêtre; il se croit dans un bateau qui s'ouvre en deux, il lui semble que tout grandit autour de lui : « Vous ne vous apercevez donc pas que nous grandissons », dit-il. Il voit des têtes de femmes sur le mur, des perroquets dans la cheminée; sur son pantalon, reluisent des choses qu'il veut enlever avec son couteau; sur le parquet, marchent des bêtes, des mouches, des poissons. Il passe son temps à enlever sur sa manche droite des fils imaginaires, qu'il va mettre dans un seau à toilette, des fils jaunes ou noirs, quelquefois blancs. « C'est incroyable, dit-il, je ne sais d'où viennent ces fils, et comment ils se forment. » Et, pendant des heures, il essaie de s'en débarrasser. C'est toujours sur le côté droit qu'ils se forment; or, le malade offre un peu d'hémiplégie de ce côté.

Au bout de deux mois, ce délire hallucinatoire si intense se modifie; aux fils et aux visions précédentes, s'ajoutent d'autres objets imaginaires dont le caractère est d'être de très petite taille, *lilliputiennes*, pour ainsi dire. Le malade aperçoit de petites poules de la grosseur d'un gros hanneton; ces poules courent sur le sol, sur ses genoux, il fait le geste de les ramasser à pleines mains et de les déposer sur la cheminée. En se mettant à table, il éclate de rire en apercevant sur une assiette des petits bonshommes et des petits chevaux de la hauteur d'un doigt.

Dans la cheminée, se trouvent des petits monticules, des petites buttes de cendres d'où sortent des petits bébés, un petit vieillard qui tire la langue. Une bûche tombe, et il s'écrie : « Hou, désastre complet », mais des flammes se détachent, une petite mulâtresse, une pe-

tite dame qui joue de l'éventail, de petits messieurs qui vont causer dans un coin. La pauvre négresse est brûlée, ainsi que le chapeau de la dame à l'éventail.

Ajoutons que les *illusions lilliputiennes* sont nombreuses; les petites visions que nous venons de signaler correspondent à des ombres venant du foyer, à des flammes.

Voici le tableau complet du délire hallucinatoire du malade pendant une journée. On voit s'enchevêtrer des illusions et des interprétations de toute nature : auditives, visuelles élémentaires, visuelles différenciées et verbales visuelles.

H... se réveille à huit heures du matin, lucide, heureux de vivre comme toujours. Une heure après, il s'excite, se lève, dit qu'on lui jette des fils « qui coulent comme l'eau d'une fontaine », toujours sur son bras droit. Il aperçoit par terre une nuée de pucerons et des petites femmes qui en ont peur et se sauvent. Ce spectacle le fait rire. Bientôt, les pucerons mangent les femmes et il ne reste plus sur le parquet que leurs robes jaunes et des taches de sang.

Il lit une inscription sur son pantalon : « Le tombeau », écrit au crayon rouge, et sur l'armoire : « *Ante spiram* ». Le malade déjeune de bon appétit; après quoi, il ramasse des fils en quantité, dit qu'on a collé du papier sur les portraits de famille accrochés au mur, et les entend parler. L'un des personnages lui fait signe de la tête. Une porte s'ouvre dans le mur; l'armoire change de place. Un bouquet de fleurs se change en bouquet de têtes d'hommes; sur l'armoire, un petit nègre sort et se met à courir. Il aperçoit dans la cheminée de petits poissons, ceux-ci se changent en petits soldats qui lui lancent des fils.

Je ne suivrai pas le malade dans son délire hallucinatoire qui dura, absolument semblable, jusqu'à l'époque de sa mort, survenue à la suite d'un nouvel ictus épileptiforme. J'insisterai sur les nombreuses hallucinations lilliputiennes observées pendant trois mois :

Une petite femme attachant les lacets de ses chaussures;

De petites poupées qui dansent;

De petits bonshommes sortant des bûches de bois placées près du foyer et se battant;

De petites bicyclettes courant autour de la chambre;

De petits soldats sortant du tapis de la chambre et allant se perdre dans le feu de la cheminée, après avoir défilé en bataillons serrés;

De petits corbillards.

Ces hallucinations visuelles sont multiples, fugaces, mobiles, colorées. Tout ce petit monde marche, court, danse, se transforme, paraît et disparaît en quelques minutes. Les personnages sont habillés de couleurs voyantes.

Leur grandeur est à peu près de 10 à 15 centimètres. Ainsi, le malade voit un jour de petits bonshommes courir sur le marbre de la cheminée et se cacher derrière des cadres à photographie. Ils montent même dans une petite chaise à porteurs qui était comme ornement de fantaisie sur cette cheminée.

Le malade se montrait peu surpris de ces visions singulières qui le faisaient rire aux éclats. Il croyait absolument à la réalité de ces petits objets, et voulait quelquefois ramasser les petits soldats et les petites bicyclettes pour les donner comme jouets à son jeune neveu âgé de quelques années.

L'hallucinoze, qui peut être liée à un état organique, est parfois aussi secondaire à un trouble mental.

C'est ainsi qu'une malade d'Alajouanine et Codet (obs. VIII) entre dans l'hallucinoze après un épisode de confusion mentale hallucinatoire, de nature indéterminée, qui dura cinq semaines.

Dans d'autres cas, l'hallucinoze s'installe après un accès éthylique subaigu franc, comme chez la malade de Crinon (20) ou après quelques accidents subaigus moins intenses, pourtant bien caractérisés, comme chez le malade d'Alajouanine et Codet (2).

OBSERVATION VIII (ALAJOUANINE et CODET.)

M^{me} R..., 68 ans, journaliste, de mise très correcte, avec une certaine recherche de coquetterie, malgré son âge, vient consulter à la Salpêtrière pour *hallucinations auditives* diverses.

Elle raconte son histoire avec une certaine complaisance. Elle a eu une existence très active, étant de caractère très vif. Elle a été mariée en secondes noces à un homme de neuf ans plus jeune qu'elle, à qui elle a porté une affection extrêmement vive. Il est mort subitement il y a vingt et un ans, et son souvenir ne s'est jamais effacé.

Depuis cinq ou six ans, des idées métaphysiques se précisaient dans son esprit, concernant la reviviscence de son mari décédé, en la personne de son amant actuel; dans ses rapports, encore fréquents, elle n'éprouve de volupté qu'en pensant à son mari. Elle arrive à trouver une ressemblance entre les deux hommes, sans croire à une véritable réincarnation.

Il y a un an, elle a fréquenté des milieux spirites et, au cours d'une séance, a cru reconnaître la voix de son mari. Elle garde de ces fréquentations la croyance à la survivance de l'âme de celui-ci. Le début des hallucinations date de fin novembre 1920, début brusque sans affection aiguë. Nous apprenons, par l'interrogatoire de son entourage, qu'elle a alors traversé une période d'excitation, de cinq à six semaines, ayant débuté un jour brusquement, à son retour chez elle : elle entend des voix, voix fantastiques, voix de Dieu, voix venant de l'Edén; elle discourt toute la nuit, tantôt nue, tantôt se couvrant d'un voile noir; elle brise une satnette, une table, croyant détruire des persécuteurs.

A notre premier examen, le 7 mars, elle présente deux sortes d'hallucinations assez distinctes :

a) Des voix qui ont des caractères de spontanéité et d'extériorité, des *hallucinations auditives verbales* : « Ces voix viennent du plafond; j'ai la conviction d'être seule à les entendre, mais quelqu'un d'autre pourrait les entendre. »

b) Les autres partent de la poitrine, ne font pas de bruit.

Les premières disent des paroles hostiles ou moqueuses ou simplement font des commentaires sur sa conduite. Les secondes correspondent à la voix de son mari et expriment des pensées tendres et affectueuses : « Marguerite, je t'aime, je t'adore. »

« Quand on me dit des choses agréables, c'est mon mari; quand on me dit des choses désagréables, ce sont des ennemis soit de moi, soit de mon mari. »

Elle ne croit, à ce moment, qu'à l'existence de la voix de son mari. « Je suis certaine qu'il est en moi. » Pour les autres, elle dit déjà : « Je me rends compte que c'est de la folie. » Quelques jours après, au cours d'un panaris très douloureux, la voix de son mari l'exhorte à résister à la douleur. « Si vous saviez comme c'est un grand réconfort pour moi. » Elle obéit également à une voix lui disant de mal recevoir son ami, d'être méchante avec lui.

Dans l'ensemble, en dehors des *hallucinations psychiques*, voix de son mari, il existe dans ses hallucinations auditives verbales deux sortes de voix qu'elle schématise elle-même en *voix bienveillantes*, écho de ses intentions, l'encourageant, lui donnant des conseils, lui indiquant même son chemin dans Paris, car elle a la vue très affaiblie; et des *voix malveillantes ou contraires*, lui ordonnant de faire des actes opposés à ses intentions, lui disant des injures et lui conseillant d'avoir des paroles déplacées, sans qu'elle y cède, et ait jamais eu d'hallucinations psycho-motrices. A partir de ce moment, nous avons assisté, au cours des examens ultérieurs, au *resserrement* rapide de cette ébauche de délire. Elle ne croit plus aux hallucina

tions hostiles : « Ça, je me rends compte que c'était de la folie. » Déjà, lors de sa première visite, elle venait trouver un médecin pour supprimer les voix intempestives, ne désirant pas supprimer les voix agréables de son mari.

A l'heure actuelle, elle est dans une troisième phase, elle commence à douter de la réalité de toutes ses hallucinations qu'elle interprète comme un épisode de folie. Quand on lui demande maintenant si elle croit à l'existence de la voix de son mari : « Non, elle n'existe pas réellement, je crois que c'est seulement son souvenir qui est toujours vivace dans mon cœur. »

L'examen physique montre l'existence d'un *tabes fruste* : abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec douleurs fulgurantes. Le signe d'Argyll-Robertson, en présence des gros troubles oculaires extrinsèques qu'elle présente : cataracte, taie de la cornée, est impossible à interpréter; on constate de l'inégalité pupillaire, avec absence de réaction lumineuse, mais aussi accommodative. Pas de tremblement, pas de dysarthrie, légers troubles de la mémoire, pas d'affaiblissement intellectuel.

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive dans le sang. La malade avait reçu depuis deux mois deux séries d'hectine.

Dè même nous donnons plus loin (obs. XII) un cas d'hallucinoïse ayant succédé à un syndrome de mélancolie délirante hallucinatoire, chez une syphilitique.

II. — SYMPTOMATOLOGIE.

Le syndrome est essentiellement caractérisé par l'hallucination.

Un seul sens peut être affecté, le sens de l'ouïe, comme dans les cas de Lwoff et Condomine, de Juquelier et Le Maux (obs. XIV) d'Alajouanine et Codet : le sens de la vue, les cas de Raoul Leroy, de Paul Camus, en sont des exemples. Ce sont des hallucinoses unisensorielles.

Dans un certain nombre de cas les hallucinations sont à prédominance auditive ou visuelle mais s'associent à quelques hallucinations d'autres sens (vue, ouïe, cénesthésie, odorat, goût, etc.).

Il en est ainsi dans les cas de Cotard (obs. IV), de Claude (obs. XV), Nordman et Bonhomme (39).

Enfin dans un plus grand nombre de faits les hallucinations sont très abondantes, multisensorielles, frappant simultanément plusieurs sens.

Le 2° cas de Cotard (obs.V), les observations de Crinon (obs.IX), Dupré et Gelma, Régis (43), Capgras et Abély (13) en sont des exemples.

L'observation de Crinon montre la grande richesse hallucinatoire que présente parfois le syndrome :

OBSERVATION IX (CRINON.)

La malade est âgée de soixante et un ans. Elle entre à l'asile en mai 1908 pour accidents éthyliques subaigus avec zoopsie qui disparaît, faisant place à une richesse hallucinatoire extraordinaire dont l'intensité est demeurée la même jusqu'à présent et qui ne s'est accrue d'aucune idée délirante. Hallucinations de tout ordre, incessantes, autant la nuit que le jour :

Hallucinations auditives. Invectives. On va la transformer;

Hallucinations psycho-motrices verbales à même contenu que les hallucinations auditives. On l'oblige à répéter un mot ou une phrase. Il suffit qu'elle appuie les mains sur son corps pour sentir la peau se soulever et une voix monter à la gorge qui la fait parler malgré elle. Elle maintient d'ordinaire les bras écartés en croix pour éviter d'être importunée par ces voix;

Troubles cénesthésiques : brûlures diverses. On lui retourne les yeux, sentiment de légèreté, d'énormité, de transformation en fer. Etranglement. Ses os craquent;

Hallucinations olfactives. Mauvaises odeurs, chair brûlée. Sa respiration sent le caoutchouc;

Hallucinations visuelles : têtes de chiens et de chats, carrés et demi-cercles de couleur verte (au début de l'internement);

Hallucinations graphiques. Sentait les paroles d'une chanson dans son ventre, sous la forme de bosses. Sentait qu'on lui écrivait dans le dos, sous les bras. Touche de la main l'endroit, puis porte cette main à l'oreille.

La malade se borne à constater ces troubles,

A côté de ces faits nous signalerons l'existence d'une modalité particulière d'hallucinoïse caractérisée uniquement ou presque uniquement par des hallucinations dites psychiques. (Voir obs. XII, XIII, XIV.)

Caractères des hallucinations. — Le caractère essentiel de ces hallucinations est de ne pas être considérées par le malade comme des manifestations pathologiques subjectives. Il croit à leur extériorité et à leur réalité.

Ce phénomène doit être différencié de l'hallucination consciente dans laquelle le malade se rend compte de la nature morbide du trouble qu'il éprouve et dont il n'est pas dupe.

Toutefois il n'y a pas de démarcation tranchée entre hallucinations conscientes et hallucinations inconscientes, et l'on trouve toute une série de cas intermédiaires.

A côté de malades qui parlent de « leurs hallucinations », d'autres, sans être absolument dupes de leurs fausses perceptions, hésitent sur leur véritable nature, tel le malade de Salomon (44), telle la malade d'Aîmé (1).

Ces faits ne sauraient d'ailleurs en aucune manière être rattachés à l'hallucinoïse, non seulement en raison de la semi-conscience des troubles sensoriels mais aussi parce qu'il s'agit d'hallucinations épisodiques, peu nombreuses, ne constituant pas à proprement parler un syndrome.

Dans l'hallucinoïse les hallucinations sont inconscientes, toutefois, ainsi que Séglas l'a observé, les malades ont « un vague sentiment de quelque chose d'anormal » qui les fait s'adresser au médecin plutôt qu'au commissaire de police, en lui demandant d'intervenir. Ce caractère avait du reste été très bien vu par Lélut : « La folie, purement sensoriale, dit-il, a conservé pendant près de trois ans ce caractère, sans qu'il s'y mêlât aucun délire maniaque proprement dit, au point que le malheureux qui en était atteint regardait quelquefois ses hallucinations comme une incommodité dont la médecine pouvait le délivrer. »

On peut rapprocher de cette conscience vague d'un état pa-

thologique l'absence d'idées délirantes abstraites associées aux hallucinations. Ces malades se bornent à enregistrer leurs fausses perceptions sans les interpréter. Ils ne les font intervenir ni comme point de départ ni comme preuve dans l'édification d'un système délirant. Ils ne désignent pas de persécuteurs, ne remarquent aucune idée malveillante à leur égard de la part de l'entourage. Ils nient « qu'on leur en veuille », s'étonnent même des questions qu'on leur pose à ce sujet : qui ? comment ? par quoi ? pourquoi ? dans quel but ? Ils ne savent pas.

A côté de ces cas où le syndrome est purement constitué par des hallucinations il en existe d'autres où l'on trouve associé à l'état hallucinatoire un état confusionnel secondaire (SéglaS).

OBSERVATION X (SÉGLAS.)

Voici une jeune malade âgée de vingt ans, qui nous fut amenée le 23 juin. A première vue, on est frappé du facies absolument caractéristique, dénotant chez elle la présence d'hallucinations incessantes de l'ouïe et de la vue.

Tantôt elle reste les yeux fixés sur un point de l'espace, d'autres fois, elle les promène dans une direction déterminée, comme si elle regardait les détails d'un tableau. En même temps, l'expression animée de son regard dénote la crainte, la terreur; parfois même, elle se recule comme pour échapper à un danger.

A d'autres instants, elle semble prêter l'oreille à des bruits ou des conversations, inclinant la tête de différents côtés, se retournant en arrière, proférant des exclamations, des mots interrompus, comme des réponses à des paroles qu'elle entendrait. Tantôt, elle sourit, tantôt fronce le sourcil ou fait des gestes divers, mouvements de protestation, d'inquiétude, de défense, de fuite.

Sans être agitée, à proprement parler, elle est extrêmement mobile, change sans cesse de position, tout en n'abandonnant pas sa chaise. Parfois, elle fait des gestes brusques, sans expression mimique déterminable, et paraissant être plutôt des mouvements automatiques. Il est absolument impossible de fixer un instant son attention et d'obtenir une seule réponse.

Son mari, qui l'accompagne, nous apprend qu'au mois d'avril

elle fut soignée pour des troubles anémiques et nerveux, survenus depuis quelque temps à la suite de pertes abondantes. Elle n'a cependant pas, paraît-il, fait de fausse-couche. Elle se plaignait d'être fatiguée, étourdie; d'un malaise général vague, de maux de tête sur le front, à la nuque. Elle mangeait peu, digérait assez bien, dormait très mal. Elle semblait comme absorbée, n'étant jamais à ce qu'elle faisait, ayant des défaillances de mémoire fréquentes.

Elle allait déjà mieux lorsqu'on l'envoya à la campagne (17 mai) pour la remettre tout à fait. En route, la voiture qui l'emmenait versa; lorsqu'elle arriva dans sa famille, elle était tout à fait égarée, causant seule, cherchant à se sauver, hallucinée de la vue et de l'ouïe, ne répondant pas quand on lui parlait.

Au bout de huit jours, ces symptômes disparurent tout d'un coup. Elle revint à Paris, et là, ils se manifestèrent subitement de nouveau le 17 juin. A la suite d'une violente colère, suscitée par une altercation avec sa concierge, elle remonte chez elle et tout d'un coup, se met à divaguer, semblant entendre des voix, parlant de sa mère, réclamant ses parents qu'elle croyait morts, etc.

Il est à remarquer que, les deux fois, l'apparition de ces accès de délire hallucinatoire correspondait avec la venue des règles.

Ajoutons que le mari nous dit ne connaître à sa femme aucun antécédent nerveux de famille ou personnel, qu'elle était d'une sobriété parfaite; et nos interrogatoires à propos de manifestations hystériques antérieures n'ont provoqué de sa part que des réponses négatives.

Le 4 juillet, l'état de la malade s'est déjà amélioré d'une façon considérable. Son aspect est toujours celui d'une hallucinée; mais elle est moins mobile, moins distraite; on peut fixer un instant son attention et obtenir quelques réponses.

Nous apprenons ainsi qu'elle a réellement des hallucinations de la vue, lui montrant toutes espèces d'animaux, des assassins, des morts, des fantômes, etc.; et des hallucinations de l'ouïe presque continuelles, des bruits singuliers, des voix qui l'accusent de toutes sortes de choses. Cela lui fait tellement peur qu'elle en étouffe,

Mais elle n'a pas de chagrin. « Elle n'ose pas parler, pas regarder, parce qu'elle a peur d'avoir fait du mal; elle a rêvé qu'elle avait fait du mal dans son lit...; n'a-t-elle pas fait de mal?... Elle ne sait pas si elle a fait mal; ce sont les voix qui l'accusent de cela... C'est peut-être un rêve?... » Ces différentes réponses accusent bien un état de confusion notable dans les idées, mais qui est manifestement secondaire à la présence d'hallucinations nombreuses et répétées.

D'un autre côté, elle n'est pas très désorientée, sait le jour, l'année, l'endroit où elle est; c'est un hospice où on l'a mise pour soigner ses

peurs; mais elle ne se rappelle plus comment elles lui sont venues, si c'est son mari qui l'a amenée, ni quand cela s'est fait. Elle se rappelle bien déjà avoir eu des peurs comme cela, des cauchemars, au mois d'avril. Même, elle raconte en avoir déjà eu l'an dernier, à la même époque, avec des visions, des cauchemars, des voix qui parlaient, etc., ce que le mari conteste formellement.

Le 11 juillet, elle est devenue très calme; dormant bien la nuit, travaillant le jour. Elle n'a plus d'hallucinations, plus de terreurs, plus de confusion mentale.

Elle donne des détails sur son accès du mois d'avril, qu'elle dit bien maintenant avoir été le premier.

Elle confirme les renseignements de son mari sur les troubles nerveux dont elle souffrait et qui avaient déterminé son départ à la campagne. Elle raconte son accident de voiture, prétend n'avoir pas perdu connaissance, se rappelle les détails de l'événement, et dit qu'elle a continué sa route à pied. En arrivant, elle ne put dormir, avait des cauchemars, qui ont continué depuis lorsqu'elle était éveillée. Elle voyait des chiens, des animaux bizarres, des morts, qui allaient et venaient comme une lanterne magique, dit-elle; elle entendait des bruits, comme des voix de gens qui se lamentaient. Elle avait très peur de tout cela; elle se figurait aussi que ses parents étaient morts, son mari écrasé, etc.; elle se sauvait, aurait voulu courir pour échapper à tout cela. Pour les faits qui ont suivi son retour à Paris, ses souvenirs sont beaucoup moins précis, soit qu'ils portent sur son délire ou sur les faits réels.

Elle se rappelle bien qu'elle voyait des choses effrayantes, mais ne peut les décrire d'une façon précise; elle se rappelle avoir eu des voix, mais ne peut raconter ce qu'elles disaient. De même, elle ne sait pas comment elle est venue ici, les événements qui ont précédé son entrée et marqué les premiers jours de son placement. « Il me semble, dit-elle, que j'ai dormi et fait un rêve dont je ne puis me souvenir. »

Elle ne présente aucun signe physique ni d'hystérie, ni d'une intoxication quelconque; elle affirme n'avoir jamais été malade et ne connaître rien de particulier dans ses antécédents de famille. Elle est d'ailleurs intelligente, d'un caractère facile; elle demande à rester encore quelque temps pour se reposer un peu, car elle ne se sent pas encore bien forte.

Elle est sortie au bout de deux mois, sans avoir rien présenté de particulier et sans avoir recouvré le souvenir des faits de la période aiguë de sa maladie.

Comme on le voit, cette observation n'est pas celle d'une hal-

lucinose pure au sens où Ségla^s lui-même l'entend. Non seulement elle s'accompagne de confusion, mais il s'agit d'une psychose aiguë alors que les cas décrits par son élève Cotard sont des cas chroniques. Au surplus depuis Esquirol et Lélut les auteurs ont tendance à confondre avec les syndromes qui peuvent être rapportés à l'hallucinose des délires hallucinatoires plus ou moins riches en idées délirantes et qui ne sont autres que la « folie sensorielle » des classiques français et des auteurs allemands et italiens.

On peut voir cependant au syndrome hallucinatoire pur s'associer quelques idées délirantes vagues, peu accentuées, très peu nombreuses, « délire minime non extensif » d'Alajouanine et Codet. Ces faits constituent une transition entre l'hallucinose pure et la confusion mentale hallucinatoire d'une part et les psychoses hallucinatoires aiguës ou chroniques d'autre part. Il semble néanmoins que l'usage ait déjà prévalu de les incorporer à l'hallucinose.

Mais il faut se défendre contre la tendance à considérer l'hallucinose uniquement dans ses rapports avec la psychose hallucinatoire chronique, alors qu'il s'agit en réalité d'un syndrome dont la valeur sémiologique est beaucoup plus étendue.

III. — EVOLUTION.

L'évolution du syndrome est variable, elle peut être aiguë ou chronique. De vingt jours dans le cas de Brunet et Calmettes (10) il y a cinq ans qu'il dure lorsque le malade de Cotard entre à la Salpêtrière, c'est-à-dire qu'il évolue chez ce malade depuis 17 ans lorsque Cotard en publie l'observation.

Dans les cas chroniques, ou bien l'hallucinose persiste sans évoluer vers la démence (et c'est un caractère sur lequel ont bien insisté Ségla^s et Cotard), ou bien elle verse dans la psychose hallucinatoire chronique par adjonction de phénomènes psychopathiques secondaires et notamment d'interprétations et d'idées délirantes aboutissant à un délire systématisé, véritable folie sensorielle.

Le malade dont nous donnons l'observation ci après est un cas complexe où à l'hallucinosé qui a évolué à l'état pur pendant quatre ans se surajoute actuellement un délire rétrospectif.

Voici les faits dont il s'agit :

OBSERVATION XI (PERSONNELLE) (1)

(21 avril 1920). — M. V..., 32 ans, ex-chef de fabrication d'une fabrique de ciment.

Antécédents héréditaires. — Aucuns renseignements, si ce n'est que le père est séparé de la famille depuis le bas âge des enfants et n'a jamais donné de nouvelles.

La mère est atteinte d'une maladie de cœur. Elle est de caractère émotif et affectueux.

Antécédents personnels. — Enfance : Convulsions à plusieurs reprises jusqu'à 8 ans. Pneumonie à 4 ans. Pas d'autres affections graves depuis, ni de toxicomanie. Cauchemars fréquents (encore actuellement. Visions de serpents qui s'enroulaient autour de sa gorge, le faisaient crier et se réveiller). Hémorroïdes et varicocèle gauche.

N'a pas eu de relations sexuelles depuis deux ans et demi, en prévision de son mariage.

Il a été fiancé, mais à la suite de ce qu'il appela sa « commotion », qu'il dit maintenant n'être pas autre chose qu'une congestion pulmonaire déterminée par les gaz toxiques (août 1918), sa fiancée s'est séparée de lui.

Pas de maux de tête, sauf le soir, quand il a eu des hallucinations trop fortes.

A suivi le lycée jusqu'en 3^e B. Il a quitté ses classes pour entrer dans l'industrie de son grand-père (fabrique de ciment), comme chef de fabrication. Il faisait son service dans un régiment d'artillerie lourde à Valence, où il était secrétaire du capitaine de sa batterie, lorsque la guerre éclata.

Le 23 septembre 1914, il est parti sur le front et a séjourné surtout dans l'Oise, la Somme, l'Aisne et la Champagne. Evacué une première fois pour hypertrophie des cornets à opérer et otite double (5 août 1917). Opération, un mois de traitement, quinze jours de convalescence. Retourne au front, dans la Somme. Reçoit deux

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance du Docteur Olivier, Médecin-Directeur de la villa Lunier à Blois.

petits éclats d'obus dans la main gauche, le 17 mars 1916; refuse de se laisser évacuer. Croix de Guerre.

Le 6 août 1918, il était infirmier de la batterie. Un artilleur de la batterie fut touché par un éclat d'un obus à gaz. Il avait son masque, mais il l'enleva pour faire le pansement. Sur le moment, il ne ressentit rien. Mais il souffrit ensuite de phénomènes congestifs du côté des poumons, assez légers pour ne pas nécessiter l'évacuation. Puis, peu à peu, il commença à éprouver des sensations comme d'empoisonnement intérieur, des secousses électriques des membres supérieurs et inférieurs; en même temps, sa mémoire faisait défaut, il avait de l'insomnie persistante, un sentiment d'ahurissement, d'abrutissement complet.

Evacué alors (21 août 1918) sur un hôpital complémentaire, à Vitry-le-François, puis à Marseille, à l'Hôpital militaire Michel-Lévy, chez le D^r Blanchard, chef de clinique du P^r Mairet (Montpellier), il y séjourne jusqu'au 11 septembre 1918.

Convalescence de trois mois et retour au centre de psychiatrie le plus proche de sa résidence.

Pendant sa convalescence, au bout de neuf jours, il fut placé chez le D^r Lalanne (maison de santé), rue des Docks, à Bordeaux. Il y séjourna un mois et demi; il avait des crises d'irritations, des pensées de suicide, des cauchemars, de la neurasthénie, des crises de larmes, des idées noires.

Les hallucinations auditives avaient commencé brusquement, le 24 août 1918; mais c'était d'abord un simple grésillement de téléphone, puis une transformation progressive s'est produite en hallucination auditive verbale très nette (voix de plusieurs personnes, conversations, discussions, etc.) atteignant ses deux oreilles. Aussi bien le jour que la nuit, qu'il soit seul ou en société. A l'origine, ses voix lui paraissaient se former dans la tête et vibrer dans le crâne (comme un cri sous la voûte d'une grotte), puis elles se sont extériorisées, tantôt s'en rapprochant, tantôt s'éloignant du conduit auditif. Les voix sont tenaces, désagréables et il est contraint de leur répondre pour s'en débarrasser. Elles lui ressassaient les mêmes choses, souvent « embêtantes », méchantes; elles font parfois des menaces; on lui dit que ses parents seront envoyés au bagne, fusillés, etc. Ce sont des voix mélangées d'hommes et de femmes; quand il répond à une de ces voix, d'autres interviennent alors; il se trouve pris dans un véritable réseau. Elles lui disent parfois des grossièretés, elles sont acerbes.

Le jour où le chiffre d'affaires à la maison de ciment est bon, les voix sont particulièrement acerbes, comme si elles traduisaient un sentiment de jalousie.

Il signale par intervalles des secousses dans les membres, surtout la nuit, comme des secousses électriques.

Il a senti aujourd'hui des odeurs d'hypérite et des ampoules de benzyle.

Pas de mauvais goût des aliments.

Pas de sensations génitales anormales.

Il lui arrive d'avoir des visions fréquentes d'images colorées, cinématographiques, mobiles, de personnes vivantes qu'il connaît, de grandeur naturelle ou plus petites, ou plus grandes; il voit, par exemple, des groupes qui grimpent aux poteaux, aux arbres, des personnes qui courent autour de lui. Il y a quatre mois qu'il a ces hallucinations visuelles. Reste chez M. Lalanne jusqu'au 15 novembre 1918, chez lui ensuite jusqu'au 15 décembre 1918.

Le 14 décembre, il a passé la visite devant le médecin-chef de la place qui l'a fait entrer à l'Asile de Château-Picon, chez le Dr Anglade.

Il y séjourne jusqu'au 1^{er} avril 1919. Le 15 mars, il a été proposé pour la Commission de réforme. A cette époque, il est entré dans une pension de famille à Bordeaux, en congé de convalescence, jusqu'à notification de la décision ministérielle. A partir de juillet, il est allé en traitement chez le Dr Dumas, de Saint-Jean-d'Ilai, pendant six mois, jusqu'en janvier 1920.

A sa sortie, il est revenu chez lui et s'est livré à ses occupations.

Il est revenu à nouveau huit jours chez le Dr Dumas, puis encore chez lui.

C'est à son domicile que l'ordre de départ provenant du professeur Abadie pour Blois est venu le toucher.

Vision. — Un peu défectueuse de l'œil gauche.

Ouïe. — Acuité auditive moins bonne à gauche.

Goût. — Rien de particulier.

Odorat. — Rien de particulier.

Sensibilité objective. — Rien d'anormal.

Sablose urinaire.

Pas de troubles oculo-pupillaires.

Tremblement menu et rapide des doigts. Reflexes patellaires et achilléens normaux.

Pas de troubles de la station debout.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni trophiques.

Pas de troubles endocriniens apparents. Langue un peu saburrale.

Wassermann négatif dans le sang.

22 avril 1920. — Bien orienté, dit qu'il vient ici pour sa question de réforme. Ce qui le préoccupe le plus au point de vue de son état

de santé, ce sont ses hallucinations. Il a des voix extérieures; il entend des gens qui discutent comme si la salle était pleine de monde et, en réalité, il n'y a que les meubles.

Son cerveau semblait au début une voûte d'église et servait de caisson de résonance. Actuellement, ce sont des conversations véritables, le thème principal se rapportant à lui, à tout ce qui le touche. Il y a de tous les timbres de voix : hommes, femmes, enfants, jusqu'à des cris d'animaux, des troupes d'ours, etc. Le sujet principal de ces voix, actuellement, est qu'il n'aurait plus de nom, et que son nom aurait été volé par quelqu'un.

Se demande par instants si cela n'arrive pas par l'intermédiaire d'un médecin qui le suggère.

Il a également des visions d'individus, d'objets, dit se rendre compte du caractère morbide de ces perceptions anormales. « Je vois et entends; c'est fatigant. » Lorsqu'il est très halluciné, il est obligé de crier.

28 avril 1920. — Depuis quelques jours, s'occupe, sur la demande du médecin, au bureau de l'Economat. Docile, ne se plaint pas, ne réclame pas. Semble s'acclimater. Paraît moins halluciné; il le déclare lui-même d'ailleurs. Dans tous les cas, parle moins seul et crie beaucoup moins quand il se promène dans le parc.

6 mai 1920. — Continué à se montrer docile. S'occupe assez régulièrement au bureau, ne veut pas se mêler aux autres malades, s'isole dans le parc, où il reste de longs moments étendu sur le gazon, disant qu'il est mieux ainsi et que cela lui repose la tête.

Les hallucinations semblaient moins actives. Cependant, hier soir, il a crié davantage dans sa chambre.

Août 1922. — Persistance des hallucinations auditives. Les voix sont dans le mur, on lui dit des choses désagréables, il s'arrête et riposte véhémentement. Quelquefois, les voix semblent sortir d'un arbre dans le parc, dans la rue.

1^{er} septembre 1922. — N'a pas crié depuis quatre jours et semble tout heureux d'annoncer cette bonne nouvelle.

Décembre 1922. — Voici la nouvelle relation qu'il fait :

Le début de ses troubles remonte au 24 août 1918. Il a été évacué par le Service de Santé pour fatigue; il pleurait dans la salle de visite (il était infirmier), parce qu'il se trouvait sans lettres depuis trois ou quatre jours, il avait aussi le cafard, il s'ennuyait, il avait des idées noires; il était alors à Bussy-Lettré, près de Vitry-le-François; c'était le 138^e régiment d'artillerie lourde. Il était au repos. (On voit qu'il n'est plus question de la « commotion » rapportée tout d'abord.) Il était pâle, n'avait pas de goût à manger. Il faisait de la neurasthénie, ne dormait pas la nuit, il avait comme des secousses

des jambes en quelque sorte électriques, mais pas de « voix ». Transféré le 21 dans un hôpital complémentaire, il y a séjourné du 21 au 30 août; à partir du 24 août, ont commencé ses hallucinations. Il était alors effectivement fiancé avec une jeune fille de La Réole : M. B... était le beau-père de sa fiancée.

Or, le thème de l'hallucination première fut le suivant : « La maison B... est en flammes. » (C'est un marchand de bois.) C'était l'après-midi, il était couché sur son lit, la voix était un peu étouffée. (On voit encore que ce nouveau récit s'écarte du précédent où il rapportait un début progressif par un grésillement de téléphone transformé, dans la suite, en hallucinations verbales.)

Novembre 1922. — Actuellement, s'organise un délire rétrospectif : « Un sous-officier de la batterie, bonapartiste, qui sans doute méditait de faire ultérieurement de la propagande (car il vantait volontiers les bienfaits du règne napoléonien), avait jeté son dévolu sur lui, parce que, en raison de ses relations multiples (à M. V...), il pourrait lui rendre service dans la diffusion de ses idées. Une fois V... évacué, la batterie entière arrivait à l'hôpital (47 hommes sont arrivés à Vitry-le-François). Il a entendu derrière lui le médecin de la batterie et le sous-officier qui parlaient de lui; le sous-officier ne voulait pas le laisser sortir de l'hôpital; le médecin de l'hôpital, alors, l'a gardé. « Je « ne l'ai pas vu, dit-il, mais entendu. » De même, il a entendu les hommes de la batterie à l'hôpital; mais pas dans la salle où il était. Le sous-officier, sachant que le chef de la batterie allait en permission, le chargea d'aller jusque chez lui, à Saintes, porter une lettre à sa famille. Or, un cousin de M. V... est conseiller municipal à Saintes. Dès qu'on sut que le sous-officier avait manigancé un complot contre la sûreté de l'Etat, son cousin conduisit le chef à Bordeaux, afin de le convaincre des sentiments réels que V... et sa famille avaient, au point de vue républicain. Le gouvernement, ayant eu vent de l'affaire, fit halluciner tout le monde, afin de pouvoir se rendre compte de l'état d'esprit de la population. Arrivé à Bordeaux, le chef, voyant le scandale ou la méprise qu'il avait faite, enleva sa fiancée qui était chez lui, à la campagne; le père de la fiancée se mit à sa poursuite et les rejoignit à l'hôpital de Vitry-le-François. T... s'empara de son nom et dit à son futur beau-père : « Je rendrai le nom à P... lorsque l'empereur sera revenu. » Et depuis cette époque-là, il entend T... passant dans les chemins les plus divers, se faisant passer pour lui et substituant les décisions des personnages officiels à celles de bonapartistes connus. »

Il a un concurrent à Bordeaux, un M. P... qui a intérêt, évidemment, à ce qu'il ne réussisse pas. Ce M. P... agirait sur son personnel en l'incitant à exécuter plus ou moins mal sa tâche, de façon à

« Tenez, maintenant j'ai vu T... »

« Il y a un bonhomme sur la porte, plutôt petit, très rouge de figure et qui a une fleur rouge à la boutonnière. »

Il a souvent des hallucinations combinées amusantes : par exemple il voit, passant dans une rue, un bonhomme qui a une figure « plus que rébarbative » ou bien un raccommodeur de faïences et de porcelaines, et une voix dit : « C'est Poincaré. »

La suggestibilité hallucinatoire est manifeste. Lorsqu'on lui demande : « Voyez-vous aussi des tableaux, des paysages ? » « En ce moment, dit-il, je vois la gare de Cologne. »

Ces hallucinations sont d'ailleurs combinées, en même temps il entend : « Quelle est cette ville ? »

Mais la plupart du temps ses hallucinations représentent des personnages qui apparaissent « comme une actrice, dit-il, entre en scène ». Il voit parfois une personne dont on l'a entretenu auparavant.

Il nous dit voir la statue de Henri IV auprès de laquelle il est passé le matin même.

Il a des sensations de poussée :

« J'ai des moments où je sens une force plus forte que moi qui me prend. »

Ainsi, pendant la guerre, j'étais couché sur une colline, je sentais une force qui voulait me faire descendre en bas de la colline. »

Il ressent des picotements, et comme des décharges électriques dans les jambes.

A ce propos il questionne d'une façon assez obscure et absurde sur le nom anatomique donné à la jambe, « C'est l'avant-bras ou l'avant-jambe ? » demande-t-il.

Il sent des odeurs d'excréments le soir lorsqu'il est couché, qui arrivent brusquement. Et lorsqu'on lui demande comment il explique cela :

« Dans les hallucinations de l'odorat, dit-il, il y a de mauvaises odeurs », et il avoue qu'il l'a lu dans le livre de Régis.

Ce fait est à rapprocher de la suggestibilité hallucinatoire que nous rapportons plus haut et de la confabulation entretenue par les interrogatoires que Cotard fait à juste titre remarquer chez ses malades.

Il a fallu, dit-il, à son cerveau un travail formidable pour penser d'une part et être halluciné de l'autre « comme une partie de la nébuleuse qui se dégagerait de la masse ». Il tient à cette comparaison et ne peut malgré notre demande en trouver d'autre.

Tout cela peut venir d'un empoisonnement par les gaz ayant atteint les centres nerveux.

« J'ai émis une autre hypothèse, dit-il, mais je ne sais pas si elle est vraisemblable. »

Il ne s'explique que difficilement sur ce point et demande à écrire, ce à quoi nous accédons. Aussitôt sa plume court sur le papier avec la plus grande facilité et nous devons le prier de terminer rapidement à cause de l'heure avancée. Il fait l'exposé du délire rétrospectif que nous avons mentionné, de la prise de son nom par un sous-officier bonapartiste et de ce que « le gouvernement transforma le cerveau en un réceptacle à hallucinations qui pouvait permettre par examens appropriés de se rendre compte de l'état d'esprit de la population ». Il incrimine aussi, verbalement et tout en restant amical, l'interné du service, de lui envoyer les hallucinations par suggestion.

Pendant qu'il écrit il a des petits mouvements brusques de hochements de la tête avec un demi-sourire qui correspondent à des hallucinations.

Soudain il rit en entendant une voix qui lui dit : « Véritable rapport de gendarmerie. »

On le voit les hallucinations sont très actives chez ce malade.

D'autre part quoiqu'il présente son délire rétrospectif actuel sous la forme d'hypothèse il y revient avec trop d'insistance pour ne pas avoir la conviction profonde des idées délirantes qu'il émet. Aussi n'est-il plus à classer dans le cadre de l'hallucinose. Cependant on remarquera que les hallucinations apparaissent encore au premier plan du tableau clinique et qu'il est resté du 28 août 1918 à novembre 1922, c'est-à-dire pendant quatre ans, un halluciné pur.

Le sujet se présente actuellement comme un D. P. Ce fait vient aussi à l'appui de l'opinion de Rogues de Fursac :

L'évolution des formes aiguës est plus variable, elles aboutissent plus ou moins rapidement à la guérison (20 jours dans le cas de Brunet et Calmettes, deux ans dans celui d'Esquirol; deux ans environ aussi dans celui de Beaudoin) en passant parfois par un stade d'hallucinations conscientes comme chez le malade d'Esquirol, comme chez la malade d'Alajouanine et Codet, qui paraît être en voie de guérison.

Quand l'hallucinose est symptomatique son évolution est conditionnée par l'état pathologique causal. Chez la malade d'Alajouanine et Codet on note une amélioration parallèle au traitement antisiphilitique. On peut rapprocher ce dernier fait de certains cas d'onirisme hallucinatoire lié à une neuro-

syphilis. Un exemple est donné par un cas que nous avons observé à Sainte-Anne et qui a été publié par Targowla et M^{lle} Pezé (48), où l'évolution de l'état onirique hallucinatoire a été nettement influencé par la thérapeutique.

Enfin, alors que dans l'hallucinoïse primitive l'évolution ne paraît pas se faire vers la démence il n'en est pas de même dans certaines hallucinoïses symptomatiques où l'état démentiel peut être conditionné par la lésion cérébrale. C'est ainsi que le malade de Paul Camus (obs. VI) devint dément et que simultanément, d'ailleurs, l'hallucinoïse se compliqua de délire.

D'autre part, on peut voir le syndrome apparaître chez des déments, dans le cas de Leroy par exemple. Mais de telles associations ne sauraient être confondues avec les idées délirantes qui surviennent chez ces malades (paralytiques généraux, déments séniles), en rapport étroit avec le terrain démentiel. Elles doivent être également distinguées de la démence vésanique qui est l'aboutissant de l'évolution d'une psychose systématisée.

Il s'agit d'une simple coexistence.

IV. — ASSOCIATIONS MORBIDES.

Nous avons vu, à propos de certaines observations que l'on range dans l'hallucinoïse, qu'il peut exister quelques idées délirantes associées au syndrome hallucinatoire.

On peut noter également la coexistence passagère plus ou moins prolongée, d'un état confusionnel dit secondaire (obs. de Séglas).

Il est à rapprocher de ces associations confusionnelles, l'association d'un état d'onirisme que Lélut a bien mise en relief lorsqu'il note chez son malade un certain nombre de séquelles de rêve : « Ce récit, comme on le sent bien, dit-il, n'est autre chose que l'histoire des rêves ou des hallucinations d'un accès de manie plus aiguë, dont le malade a été pris à la Pitié. »

On trouve également des observations comme celle de Buvat (11) où existent des paroxysmes avec tics, impulsions verbales et motrices d'une part, et, d'autre part, des paroxysmes hallucinatoires. Il se produit un certain balancement dans la prédominance des uns et des autres. Un tel cas peut être considéré, dit Buvat, comme « le chaînon qui relie les obsessions et les tics à la confusion mentale hallucinatoire et au délire des persécutés hallucinés ».

V. — RÉACTIONS.

Elles sont, en règle générale, de faible importance et dans la majorité des cas ne mènent pas le malade au Commissariat de Police.

Parfois les personnes de son entourage immédiat ne s'aperçoivent des phénomènes anormaux qu'au bout de plusieurs mois.

Le plus souvent le sujet va, spontanément ou sur le conseil de ses proches, consulter un médecin.

Toutefois dans certains cas ces malades peuvent être dangereux pour eux-mêmes et tenter de se suicider, comme le malade de Cotard (obs. V). Nous n'avons pas noté de violences, ni de menaces contre autrui, à la façon des persécutés.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

On peut les distinguer d'après les symptômes en :

Formes unisensorielles;

Formes multisensorielles;

Forme à hallucinations psychiques prédominantes.

Formes unisensorielles. — Le sens de l'ouïe ou le sens de la vue est affecté.

Ce sont les cas que nous avons mentionnés plus haut : cas de Lwoff et Condomine, d'Alajouanine et Codet (hallucinations auditives); de Raoul Leroy, de Camus (hallucinations visuelles).

Nous n'insisterons pas sur ces faits.

Formes multisensorielles. — Nous avons déjà indiqué l'existence d'hallucinoïse avec troubles sensoriels prédominant dans le domaine de l'ouïe ou de la vue, mais associés à quelques hallucinations des autres sens (Cotard (obs. III), observation de Nordman et Bonhomme, de Claude (obs.XV). Dans d'autres cas les hallucinations sont très nombreuses et affectent à la fois tous les sens (obs. IX).

Forme à prédominance d'hallucinations psychiques. — Cette forme, sur laquelle l'attention n'a pas encore été attirée, mérite cependant d'être classée à part: nous en donnerons d'abord des exemples.

OBSERVATION XII (PERSONNELLE) (1)

M^{me} M... fut internée à l'âge de quarante-six ans à l'asile de Villejuif, du 14 juin au 17 septembre 1921, pour un accès de mélancolie délirante hallucinatoire.

Une ponction lombaire faite le 19 juin 1921 par le D^r René Targowla, donna les indications suivantes :

Réaction de Pandy +

Albumine (mesurée à l'albuminimètre de Sicard) : 0 gr. 36.

Lymphocytes (comptés à la cellule de Nageotte) : 57; 8.

Réaction de Guillain : 122102220000000.

Réaction de Wassermann : H 0.

Sortie améliorée, elle est revenue plusieurs mois après se plaindre d'entendre des voix sans cesse qui la fatiguaient et troublaient son repos.

Invitée à transcrire par écrit ce que ses voix lui disaient, elle fit la relation suivante :

« Madame M..., vous pouvez faire tout ce que vous voudrez, vous n'en avez pas fini avec nous, nous voulons savoir combien de temps vous pouvez tenir. Puis ils disent : Il y en a un qu'on nomme Pozis.

« Si, par exemple, on te demande comment tu as appris que M^{me} (son nom de jeune fille) comprenait lorsqu'on lui parlait par la pensée?

« Oh toi l'impromptu, tu me questionnes pour savoir ce que je répondrai, mais je ne marche pas. (Puis à moi :) On te fait souffrir pour voir à quel point tu peux surmonter la douleur.

« Puis, s'adressant au soi-disant médium Pozis : « Comment peux-tu voir toutes ces choses? — Je les vois par sa pensée, ce qu'elle pense, moi, je le devine. »

« Or, en regardant ce que je fais ou ce que je vois, il le devine, le communique à ses camarades. « Nous faisons, disent-ils, de l'occultisme, elle doit bien comprendre que si nous faisons cela, c'est que nous travaillons pour la science; nous-mêmes, nous sommes des victimes de la science. »

« Cependant, il faudrait faire attention, car depuis que je ne fais plus de fiches pour le bureau, ils me regardent d'un mauvais œil, mais aussi on nous fait travailler pour presque rien.

« Tu vois, vieille..., si je voulais, je te ferais des yeux hagards, des yeux de folle, tu ne pourrais plus regarder les gens en face. Ma pauvre fille, nous t'avons accordé un moment de détente, mais il va

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance du D^r René Targowia.

nous falloir recommencer, puis en voilà assez avec toutes ces fadaïses, nous allons tâcher de vous reprendre, il faut que vous vous y soumettiez.

« Tu parles au médium de magnétisme, or, on ne peut que suggestionner. Cette femme-là, elle arrivera à reproduire exactement tout ce qu'on lui suggère; voilà une femme, par la suggestion, on pourrait lui faire dire et faire tout ce que l'on voudrait. Seulement, c'est le fluide qu'il ne faudrait pas, mais on s'en sert tout de même, car on ne pourrait pas faire autrement, comprenez-vous? (S'adressant au médium :) Tu es un petit Tu nous dis des choses inutiles, tu nous dis que c'est sale chez elle, et puis après tu nous dis que c'est propre? Alors tu ne sais plus ce que tu dis?

« (Et ce médium répond :) Oui, mais vous me demandez tout cela si je ne vous le dis pas. (Puis ils disent qu'ils font des manifestations de spiritisme.)

« C'est une femme remplie de préjugés, elle n'aurait jamais consenti à être à nous.

« Je vais m'accaparer ta pensée, je veux river ta pensée à la mienne, je veux que tu penses à moi. Si elle avait été gentille, on lui aurait fait toute espèce de choses pour orner sa chambre, moyennant rétribution, bien entendu.

« On va lui faire croire, dit l'un, que nous ne sommes pas à Villejuif. » (Mais le médium *Petit Musc* répond :) « Mais on ne peut pas lui faire croire cela, elle a entendu. »

« Je viens de faire un truc qui n'est pas sans importance, tu vas voir ce que nous allons faire... »

Ils ont des appareils spéciaux. Comment se fait-il qu'on ne les entende jamais, eux? On a essayé de surprendre leurs conversations, on n'a jamais pu y arriver, et pour cause. « La science n'a plus de secret pour nous (la science occulte, sans doute?) *Que veut dire mimer?* — Parler par signe, simuler les gestes de quelqu'un, faire des grimaces de la face, faire semblant de manger, faire des gestes, sans un mot. »

L'un d'eux d'a dit être licencié ès sciences, mais qu'il n'avait pas le droit d'exercer, mais qu'il s'arrogeait le droit de faire ce qu'il voudrait. « Il en a, dit-il, l'autorisation, et il pouvait me faire faire toute espèce de choses par la persuasion. Il a, dit-il, un intérêt primordial à me faire souffrir, et prétend que je ne l'ai jamais bien regardé. « Tu peux faire tout ce que tu voudras, tu ne peux rien contre nous, nous sommes trop utiles à Villejuif. Elle ne fera rien tout de suite, d'ici qu'elle le fasse, nous aurons le temps de nous débrouiller. » Ils disent souvent qu'ils me tiennent sous pression, c'est une méthode à eux, disent-ils : « Elle est perdue pour nous, il

n'y a plus rien à faire avec elle; nous ne sommes pas plus avancés qu'au premier jour, elle est bon médium, on entend tout ce qu'elle dit chez elle. »

« Il en est un qui se targue de pouvoir faire refroidir un cadavre en quelques minutes : « Je peux refroidir un cadavre en quelques minutes, personne ne peut le faire aussi bien que moi, il n'y a pas mon pareil. » (La veille au soir, j'avais été refroidie complètement dans mon lit), puis ils m'ont dit ces paroles : « Oh! tu as beau faire, on ne te laissera pas tranquille, on te poursuivra partout tant que tu ne nous auras pas donné de l'argent. »

« Depuis cinq heures et demie du matin que l'on ne t'a pas lâchée d'un cran, tu n'as pas marqué le quart de ce que l'on t'a dit. Tiens, tu vois, lorsqu'on la laisse un moment tranquille, elle ne fait plus attention à ce que l'on dit. Crains pour ta vie, si on ne réussit pas à te dompter, on va te démolir.

« Vieille... tu nous mets dans des alternatives de joie et de désolation, oh! oui, tu peux dire que l'on t'en fait, mais tu ne seras jamais tranquille (Pour m'empêcher, ils me disent qu'ils martyrisent ma fille). Il est deux heures et demie, elle jette des cris épouvantables, » d'après le médium dit Petit-Musc. Quelquefois, je les entend dire : « On ne la voit plus, elle est dans le noir. » Ils me disent parfois que ce que je crois entendre, c'est le réflexe de leurs pensées, eux aussi prétendent que ce qu'ils entendent, c'est le réflexe de ma pensée. Il y en a un ou deux qui me disaient que cela faisait deux ans qu'ils étaient internés à Villejuif.

Au lendemain d'une visite à Sainte-Anne, le docteur ayant dit qu'il fallait faire cesser les voix que j'entendais, l'un dit : « Moi, j'ai entendu; or, hier, je ne l'ai pas lâchée de la journée, elle avait les nerfs tellement tendus qu'elle ne pouvait plus se détacher de nous. »

11 mars. — Réflexion de l'un d'eux : « Elle écrit tout cela pour faire voir que l'on s'est mêlé intimement à sa vie. » Ils disent aussi que cela fait dix mois qu'ils me poursuivent sans résultats; un autre prétend qu'il a des droits sur moi.

Pozis dit : « Je voudrais que le feu prenne dans sa chambre et brûle toutes ses paperasses.

« Les médecins ne croient pas ce qu'elle entend, pourquoi? parce que, si elle entendait, ce serait plus grave. Ils ne se doutent pas que nous sommes des monomanes comme elle » (puis ils discutent entre eux à propos de cette phrase). L'autre répond : « C'est un fait inexistant. » « Comment, reprend l'autre, tu dis que c'est un fait inexistant? » « Oui, parce qu'ils ne voudront jamais croire, ils ne croiront jamais. »

« Oh! si j'étais ton voisin, je suis prestidigitateur, j'aurais vite fait de m'approprier tes papiers, et puis je t'enverrais pendre, nous avons une confiance pleine et entière en ce que nous avons entrepris.

« Tu es notre captive et tu ne reprendras ta liberté que le jour où tu nous auras mis la main dessus. Tu ne devrais pas te servir de cela, tu pourrais lui paralyser le côté, du reste, on nous a défendu de nous en servir, le courant est trop fort.

« Comment veux-tu que je lui paralyse le côté d'aussi loin. Oh! oui, mais j'ai bien senti que le courant était trop fort, tu aurais pu lui paralyser le cœur. » (Puis il mē dit) : « Si tu ne te rétractes pas, moi, je t'envoie un dé clic dans le dos. » Ils me disent : « Tu es une marchandise convoitée. On voudrait te faire redevenir folle, mais d'une folie douce pour pouvoir venir plus facilement à bout de toi... » Comme je les devine et déjoue, leurs pièges, ils font cette réflexion : « Cette satanée femme nous confond avec nous-mêmes, nous jouons de malheur, elle nous amène souvent des désillusions. »

« Elle ne retranche rien de ce qu'elle a écrit de ces trois ou quatre pages. Oh! c'est malheureux que nous n'avons pas de papier blanc, tu ne pourrais pas en voler quelques feuilles sur le bureau, toi qui le fais? Elle sait que c'est toi qui le fais, le bureau, alors... Il y en a un qui a un pansement au pied, j'entends : « Sens mon pansement, sens comme ça sent bon (*à ce qu'il paraît qu'il y avait qu'un Monsieur nommé André qui m'appelait M^{me} M...*) Tout cela accompagné d'insultes, de menaces, du refroidissement complet de mon corps, de coins de chaque côté de la tête (*ils appellent cela « coincée »*) puis ils lâchent le dé clic, leur fluide magnétique.

Ils se sont dits Pythonisses, puis physiciens, puis qu'ils pratiquaient les sciences occultes et qu'ils étaient médiums. Ils me disent que j'ai le corps fluide, de suivre quelqu'un (ce qui veut dire : suivre sa pensée, ne pas la quitter, faire du spiritisme), puis parlent souvent d'un appareil, puis ils me disent pouvoir annihiler ma pensée — et parler du réflexe de la pensée, faire des pressions sur le cœur, puis faire des piqûres sur le corps.

Ils prétendent que j'ai pris de l'avantage sur eux depuis quelque temps et trouvent qu'ils ne sont plus maîtres de moi.

Puis il disent : « On va t'embêter jusqu'au paroxysme. »

« Que veut dire ce mot? » répond le médium.

« Cela veut dire jusqu'au degré le plus élevé. »

« Ce n'est pas tout, répond un autre, cela ne fait pas mon affaire. Il va falloir faire attention à tout ce que l'on dit. Elle écrit tout. Elle a une rage concentrée; un jour ou l'autre, il faudra que cela éclate. » Puis, à chaque assaut, ils ne cessent de répéter : « Il

n'y a absolument rien à faire. » Pozis dit : « Mais on ne pourra jamais y arriver. » « Mais si, mon petit, répond un autre, on y arrivera, mais il faut du temps pour tout, je m'étais forgé une belle chimère. » Pozis dit encore : « Tu étais aliénée, toi et ta fille aussi, » puis il reprend : « Votre fille et vous. » Mais ses conseillers lui font cette remarque : « Pas du tout, tu dois lui dire : ta fille et toi. Je ne veux pas que tu t'exprimes si bien avec cette femme-là. » Ils pensent qu'ils sont à bout d'arguments, c'est-à-dire que Pozis fait cette réflexion : « Pourquoi que vous continuez tout le temps ? » « Parce que nous sommes à bout d'arguments. » Pozis prétend qu'il a le pouvoir de me faire parler. Quand je pense, son cerveau réfléchit ma pensée et il épelle mot à mot, et ma langue marche en même temps qu'il épelle, mais il répète à ses collègues tout ce que je pense, ou à peu près. Mais quelquefois, il cumule une chose avec une autre, ou il ment pour contenter ses camarades. Il en est un qui dit : « C'est une femme qui a trop de scrupules pour s'abaisser à moi, aussi, je me fais fort de ne plus la lâcher. » Ils en racontent tellement que, quelquefois, je les entends dire : « Pas si fort. » Ils ont tous les yeux fixés sur nous. Ce matin, il y en a un qui me dit : « Puisque tu as marqué cela, je vais te rendre frigo, je vais t'envoyer un courant d'air frais; tiens, cette nuit, je vais te frigorifier. » Puis il ajoute : « Ton intelligence t'a sauvée de la folie et de la mort. »

« Ce matin, dit un des collègues de Pozis, elle t'a appelé petit monstre. » « Oui, parce que je faisais des grimaces, j'essayais pour attirer ses regards vers les miens, mais je vais répéter ce qu'elle pense tout bas, rien que pour l'em... »

Ils disent se servir des rayons visuels.

Pozis dit : « Elle n'ira que samedi voir le docteur, oh! alors, on aura encore le temps de lui bourrer le crâne, elle a un calme effrayant, elle est stoïque. »

Je vois assez souvent passer des éclairs, ils me disent : « D'autant plus que tu vois passer des éclairs devant tes yeux, c'est une chose capitale, c'est que tu deviendras folle tout à fait. » Lorsqu'ils parlent, on entend comme un bruit sourd, un ronflement. A force de remuer dans mon lit (il est minuit), mon mari s'éveille étonné de me voir éveillée. Je lui dis : « C'est ce bruit continu que j'entends qui m'empêche de dormir, tu n'entends pas, toi ? » Il prête l'oreille et me dit : « Tiens, c'est drôle, on entend comme un roulement de tambour. »

« Eh bien! lui dis-je, voilà ce que j'ai entendu toute la journée, puis on dirait que l'on me donne des coups sur le crâne continuellement et sans arrêt. »

Puis je les entends dire qu'ils se font des piqûres pour se donner de l'énergie.

« On ne peut la faire mourir tout d'un coup, disent-ils, mais on lui use le cerveau petit à petit.

« Nous avons décidé son internement, mais c'est reculé. Qu'a-t-elle bu? Elle n'entend plus, c'est sa tasse de café sans doute? Non, c'est une tasse de camomille. » « Ah ça ! fit l'autre, c'est l'isolant; ça, il n'y a rien de tel. » »

Puis le petit médium fit cette réflexion : « Regardez, je me mordais les lèvres cette nuit pour ne pas parler, j'ai les lèvres en sang. » (Ils terrorisent ce jeune homme).

Ils lui disent : « Tu sais, tu es entre deux gaillards qui n'ont pas froid aux yeux, » et lui font des menaces.

Voici ce que j'ai encore entendu ce matin : « Nous avons fait plus de travail en une nuit que pendant plusieurs nuits passées, elle a une bonne tête, mais moi, j'en ai une, je ne vous dis que ça. » Ils me disent : « Puisque tu ne veux pas céder, cette nuit, on te frappera sur la tête à coups redoublés, ça te procurera un saignement de nez. »

Un autre dit : « Ça, ça peut procurer un saignement de nez? » « Oui, par congestion, à forcé de lui serrer la vis. »

« Elle ne sait pas à qui elle a affaire, moi, je veux qu'elle me fasse parvenir de l'argent par un moyen quelconque.

« Qu'elle trouve un moyen elle-même, ça ne me regarde pas, je veux qu'elle m'envoie vingt-cinq francs par semaine et qu'elle n'en souffle mot à personne. » (Il avait dix vingt-cinq livres sterling par mois où par semaine).

Invitée à entrer dans le service, elle s'y refuse et elle est perdue de vue à ce moment. Dans ces conditions, l'examen n'ayant pu être poursuivi, le diagnostic exact des hallucinations est difficile. Cependant, il semble bien qu'il s'agisse là d'hallucinations psychiques et la malade est d'ailleurs fort belle à ce point de vue.

En ce qui concerne la variété de ces hallucinations, elles comportent évidemment un grand nombre de représentations mentales simples, et probablement des auto-représentations aperceptives au sens de Petit, ainsi que des hallucinations psychomotrices type Ségla.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette observation réside dans

la constatation d'une syphilis nerveuse en évolution, syphilis de date ancienne, puisque la fille de la malade, âgée de vingt ans, présente des stigmates d'hérédo-syphilis.

Il n'est pas douteux qu'il faille chercher la cause du syndrome psychopathique complexe présenté par cette malade dans son affection organique.

Le pronostic doit en être réservé, une évolution de l'hallucino-se pouvant se faire vers un délire de persécution ou vers un délire d'influence.

OBSERVATION XIII (BEAUDOIN)

G..., femme H..., entre à l'asile le 15 octobre 1917, à l'âge de trente-deux ans.

A relever sur le certificat de placement, signé de deux médecins « P. G. P » à l'entrée : « Affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire. Répond à peine aux questions qu'on lui adresse; » à la quinzaine : « Hébétude, gâtisme. » En 1918, elle est « encore bien confuse, avec idées érotiques »; en 1919, « améliorée, s'occupe, confusion des idées, correspond par la pensée ».

Elle aurait eu antérieurement la syphilis et subi en 1915 un traitement mercuriel, à la suite d'accidents oculaires.

Au cours de plusieurs examens (septembre 1920), elle se montre parfaitement lucide et orientée, calme, répondant avec pertinence aux questions, sans aucun trouble apparent de l'attention, de la mémoire et du jugement.

1° Hallucinations psychiques.

« On me racontait dans la tête tout un tas de bêtises. » Difficulté de préciser la formule de l'idéation : on lui rappelait « des choses de sa vie passée ». La « voix » de René Durand lui conseillait de divorcer pour se marier avec lui, lui promettait bijoux et robes de soie. On lui disait qu'elle devrait faire une patronne et que l'établissement lui appartenait. » Bref, possibilité, au moins partielle, d'extériorisation de tendances érotiques et mégalomanes.

Mais précisons plutôt la psycho-genèse : « C'était de la transmission de pensée... C'était bien dans la tête et pas en dehors que cela se passait. » Les mots perçus « venaient dans sa tête et ne faisaient pas de bruit ». Elle différencie les « voix d'homme et de femme »,

elle ne reconnaît pas les auteurs, toutefois, elle a entendu dire que c'étaient les membres de la famille Durand. Elle résume ainsi son impression : « C'était dans ma tête de la pensée sous forme de paroles, » et précise : « Ça ne résonne pas comme la voix ordinaire, mais ça n'est pas non plus la pensée. »

Ajoutons que la malade reconnaît à ces phénomènes un caractère nettement automatique, qu'ils surviennent hors de l'intervention de sa volonté et « sans qu'elle puisse les chasser ».

Je crois avoir suffisamment mis en relief que ces troubles élémentaires répondent à cette variété d'hallucinations psychiques que décrit G. Petit dans le premier groupe de ses auto représentations aperceptives, les images sensorielles paraissant ici constituées uniquement ou principalement par des images auditives.

2° Phénomènes psycho-moteurs.

« On cherchait à me faire dire des choses que je ne voulais pas... j'étais obligée de fermer la bouche pour ne pas parler... au moment de la visite, je ne parlais pas parce qu'il me semblait qu'on voulait me faire dire des choses désagréables aux médecins ou aux sœurs. » Mais la malade, bien qu'une précision suffisante ne soit pas facile à obtenir, n'accuse pas de sensations périphériques de mouvements de la langue ou des lèvres, non plus que de sensations thoraco-abdominales.

Elle répondait aux « voix » entendues; lorsqu'elle était seule, c'était à haute voix; lorsqu'une présence étrangère la gênait, « elle transmettait sa réponse », qu'elle pensait en elle-même; mais cette « pensée parlée » est volontaire et rattachée par le sujet à son moi.

D'autre part, quand « elle voulait écrire, elle ne pouvait pas ». Elle ajoute : « Quand je voulais parler, on aurait dit que j'avais la langue saisie. » Notons enfin que, d'après elle, la malade n'aurait jamais eu antérieurement, ni actuellement d'ailleurs, l'habitude de monologuer.

Des actes automatiques paraissent avoir été moins fréquents : « Quand j'ai voulu écrire, les premières fois, et que j'avais idée de mettre une lettre, au moment de l'écrire, j'en écrivais une autre, un i pour un p... », et cela sans éprouver subjectivement le sentiment qu'elle fût obligée de le faire.

3° Possibilité de combinaison audito-motrice.

« On me disait quelque chose avant », et d'autre part : « Tout ce que j'entendais en dedans, j'étais comme forcée de le répéter, j'étais obligée de me retenir. »

4° Troubles de la sphère visuelle.

« La nuit, je voyais un tas de bêtises qui m'empêchaient de dormir... c'étaient des constructions de maisons, des machines à faire les planchers..., des femmes qui tricotaient, des gosses en sabots. » « C'était, dit-elle, comme du cinéma coloré que j'aurais vu sur les murs, avec du mouvement... c'était grandeur naturelle. » Ces visions étaient colorées et la malade se souvient « d'oiseaux de toutes les couleurs, et aussi de feu ». Elle nie toute vision d'ordre érotique, et se rendant compte « qu'il ne devait rien y avoir en réalité », affirme que « ces tableaux étaient bien extérieurs..., elle aurait voulu les attraper et secouait sa couverture pour faire partir ce qu'elle voyait ». Par moments, agacée, elle se mettait les mains devant les yeux, se ployait la tête sur le ventre, cachée sous les couvertures, et voyait quand même.

Le caractère d'extériorité constante me paraît autoriser le diagnostic d'hallucinations vraies.

5° Recherches négatives

Absence d'hallucinations auditives, ou, tout au moins, rareté extrême : les personnages des « tableaux » auraient, mais rarement, parlé avec des « voix lointaines ». Le souvenir d'ailleurs est, d'après la malade elle-même, mal conservé.

Absence de troubles des sphères gustatives, olfactives, tactiles et cinesthésiques. Pas d'idées de possession. Pas d'obsessions.

Une tentative d'explication de ces constatations s'est produite : « J'ai cru que c'était de la transmission de pensée... On aurait dit que ça venait de quelqu'un qui connaissait toute ma famille... j'ai pensé que c'était pour m'amuser, moi et mes compagnes... je me suis demandé comment on pouvait faire, mais je ne me le suis pas expliqué; » et la systématisation s'arrête là.

Le contenu des phénomènes automatiques est assez neutre, et paraît surtout une reviviscence de souvenirs.

A l'heure actuelle, où les troubles élémentaires ont disparu, et sont reconnus par le sujet comme anormaux, la malade cherche encore une explication dans une « suggestion » possible, mais il n'en est question que si l'on tente des précisions à ce sujet; elle persiste sans conviction ferme, dans son explication antérieure, et aucun délire vrai ne se manifeste qui modifie sa conduite générale.

Je crois donc pouvoir affirmer la guérison actuelle.

Les pupilles légèrement inégales, mais non déformées, réagissent

façon; il comprend, et on lui fait remarquer qu'il a perçu un bruit, si faible soit-il. Il en convient : « Est-ce la même chose? » « Non, puisque chez moi, c'est intérieur. » « Vous percevez pourtant un son? » « Non, il n'y a pas de son. Quelques heures après avoir écouté un air de musique, les violons ne jouent plus, mais il arrive qu'on entend l'air de nouveau. » On se le rappelle, mais on ne l'entend plus, ainsi je pense à la *Marseillaise*, je pourrais fredonner cet air, mais je ne l'entends pas. »

— Je comprends bien : ça n'est pas la même chose, je ne cherche pas à évoquer, à me souvenir, j'entends. »

Et nous n'arrivons pas à sortir de ces termes contradictoires : une voix, et non une idée; des mots prononcés mais par une voix intérieure; un chuchotement, mais pas de son.

Pho... est calme, inactif, mais attentif à ce qui se passe autour de lui; comme nous le disions en débutant, il a bien observé quelques-uns de ses camarades, ceux qui ont des voix. Il espère être guéri prochainement; la disparition des voix hautes est pour lui d'un bon augure.

On voit combien chez ces différents malades prédominent, ou même existent seules, les hallucinations psychiques à contenu complexe exprimé, intérieurement, par de longues phrases.

La malade de Juquelier et Le Maux est à rapprocher étroitement de celle dont nous donnons l'observation. Toutes deux ont des hallucinations psychiques qui expriment leurs préoccupations mêmes du moment; celle-ci (obs. XII) reçoit des reproches (Ils me regardent d'un mauvais œil, dit-elle, au figuré) parce qu'elle a quitté un travail trop peu rétribué; l'autre (obs. XIV), à propos d'un mouvement d'humeur, « entend » cette remontrance : « Pourquoi prendre la mouche quand on te parle de poésie? Tu n'as qu'à dire : Je n'écris pas. »

Il s'agit là de phénomènes d'automatisme mental, le sujet n'en percevant pas les relations étroites avec les incidents de sa propre vie. Ces riches hallucinations internes se mêlant aux menus actes du malade, prévoyant ce qu'il va faire, critiquant ce qu'il a fait, en sont des expressions démonstratives.

Les phénomènes d'automatisme mental, psychique et senso-

riel ont du reste été mis en valeur toute particulière par de Clérambault (18) qui rapporte à l'automatisme tous les phénomènes hallucinatoires. Il s'envisage pas d'une façon particulière les hallucinés sans délire, mais il est évident que cette psychopathogénie des hallucinations s'étend *a fortiori* à leur cas.

D'après l'évolution, les formes cliniques peuvent se diviser en :

Forme aiguë : les cas d'Esquirol, de Brunet et Calmettes, de Beaudoin rentrent dans ce cadre;

Forme chronique : les observations princeps de Cotard, la seconde observation d'Alajouanine et Codet, en sont des exemples.

La forme chronique peut d'ailleurs aboutir à la psychose systématisée par apparition d'interprétations et d'idées délirantes de persécution et de grandeur surajoutées. C'est le cas de la malade de Dupré et Gelma (25), qui versa dans la psychose hallucinatoire chronique, ainsi que l'observèrent Boudon et Kahn (8). C'est le cas de Dupré et Collin (24) d'une psychose hallucinatoire chronique à début purement sensoriel. C'est aussi le cas du malade de Camus (12), chez lequel l'affaiblissement intellectuel progressif se fit parallèlement au développement d'idées délirantes.

Nous n'insisterons pas sur les *formes associées*. Comme nous l'avons vu, le syndrome d'hallucinoïse peut s'associer d'une façon variable avec la confusion mentale primitive ou secondaire, avec des phénomènes oniriques, ou avec quelques vagues idées de persécution ou d'influence.

Au point de vue étiologique, il est des cas où l'on ne retrouve pas la cause déterminante. Ces cas constituent des formes essentielles, aiguës ou chroniques.

Les formes symptomatiques présentent une évolution très variable, liée à la maladie causale.

Dans le cas de Claude, on voit, chez un halluciné chronique

de l'ouïe sans délire, survenir des paroxysmes hallucinatoires déterminés par l'hypertension crânienne périodique.

Ce cas pourrait être classé à côté de celui de Buvat dans une forme rémittente d'hallucinoïse, bien que les hallucinations du malade soient ici demi-conscientes.

Nous n'avons pas trouvé d'autre observation où le malade ait été suivi dans son évolution au point de vue de la pression du liquide céphalo-rachidien.

Claude donne ce cas comme exemple des relations étroites de « certains états psychopathiques mal définis » avec des lésions organiques que seules les méthodes de laboratoire peuvent mettre en relief.

Elles démontrent, une fois de plus, dit-il, la réalité des troubles fonctionnels sensoriels du type hallucinatoire indépendant de la psychose hallucinatoire chronique proprement dite (G. Ballet) et des états délirants fondés sur des hallucinations.

OBSERVATION XV (CLAUDE)

En 1912, le sujet est aveugle et sourd. Il est âgé de 53 ans.

Antécédents. — Convulsions dans l'enfance, anisurie, somnambulisme, céphalées.

A l'âge de 27 ans, affaiblissement de la vue progressif, cécité en quelques années. Vingt-deux ans plus tard (1908), il est pris de bourdonnements d'oreille violents, à droite, puis à gauche, et, en trois semaines, la surdité est complète. Vertiges, troubles de l'équilibre, surtout en montant et en descendant l'escalier.

En juin 1911, il est traité par l'arsacétine. En juillet et août 1911, les hallucinations de l'ouïe apparaissent. Ce n'est qu'en décembre qu'elles sont constatées par sa femme : il paraissait en conversation avec quelqu'un. Lorsque sa femme voulut intervenir, il fut violent, parlait fort, gesticulait, ne se rendait plus compte de la présence de sa femme. Il voulut ouvrir la fenêtre pour se jeter au dehors; il paraissait croire que la maison était remplie d'ennemis qui voulaient l'empoisonner et il manifestait le désir de s'en aller.

Traitement calmant.

L'excitation s'atténue à la fin de la journée. Le malade s'endort. Il reste vingt-quatre heures en état de torpeur et ne conserve qu'un souvenir très imparfait de ce qui s'est passé. Par la suite, il n'a jamais plus eu d'état délirant de cet ordre. On note seulement des hallucinations de l'ouïe dont le malade était conscient. Ces phénomènes s'accompagnaient d'un sentiment d'impatience et d'irritabilité.

Les hallucinations auditives s'exacerbaient toutes les trois semaines ou tous les mois, pendant deux ou trois jours seulement.

Il était interpellé directement : « Tu bafouilles, tu n'entends rien à tes affaires, tu es foutu. » (On ne cesse de répéter ces mots.) Puis : « Tu ne comprends pas que tout cela ce sont des bêtises, mais on t'embêtera jusqu'à ce que tu en aies assez. »

Injures. Obscénités.

Dans ces périodes de crise où les voix sont très fortes, il se rend bien compte de leur caractère purement hallucinatoire, mais il finit par être exaspéré; alors il se déplace chez lui, va de chambre en chambre, il leur répond, leur dit de se taire ou bien se met à crier pour les dominer et ne plus les entendre.

Dans l'intervalle des crises, les voix ne sont plus perçues distinctement, il s'agit seulement de quelques mots et de quelques paroles de temp en temps; elles n'ont plus le caractère agressif, quelquefois même il ne s'agit plus que de bourdonnements, de chuchotements indistincts qui ne l'inquiètent pas.

A certains moments, il a l'impression que ces voix s'acharnent après lui, qu'elles le torturent à plaisir, et à la longue, il en résulte un sentiment de lassitude générale; il a l'impression qu'il s'agit d'une lutte entre ses perceptions sensorielles et sa raison et, à la fin de la journée, il se dit : « Est-ce la raison ou la folie qui l'emportera? »

Alors il parle tout haut pour s'assurer qu'il est bien maître de la situation.

Il est obsédé par cet état et craint de ne pouvoir résister toujours à ses hallucinations.

Les hallucinations visuelles sont vagues et imprécises. L'activité intellectuelle est conservée. Le sommeil, assez troublé.

Le 19 juin, ponction lombaire : pression, 42 cm. d'eau, légère albuminose, quelques grands mononucléaires, quelques grands polynucléaires, quelques lymphocytes.

Wassermann négatif.

Cette formule ne s'observe guère dans le tabes. Aussi abandonnons-nous notre premier diagnostic de tabès amaurotique (posé en 1902), pour celui d'hydrocéphalie par épendymite.

Voici le tableau des ponctions lombaires successives :

DATE	QUANTITÉ ÉVACUÉE	PRESSIION AU MANOMÈTRE DE CLAUDE
le 19 juin	5 cm ³	42 cm d'eau
le 2 juillet	8 cm ³	34 —
le 12 juillet	10 cm ³	32 —
le 19 juillet	15 cm ³	32 —

A la suite de cette série décompressive, l'amélioration est manifeste. On n'observe plus d'accès d'excitation. En dehors de ses voix, il a la sensation qu'on lui secouait sa chemise, qu'on lui tirait sa couverture, qu'on lui tapait sur les bras et qu'on tournait autour de lui.

Il savait qu'elles ne répondaient pas à des réalités. Lorsque les voix sont très fortes, il éprouve quelque chose de pénible au cœur, une sorte d'angoisse.

Le 17 août, amélioration considérable. Le 23 septembre, ponction lombaire : pression, 20; quelques mononucléaires dégénérés, pas de lymphocytes, assez grande quantité d'albumine.

8 octobre : pression, 24.

31 octobre : Recrudescence des hallucinations; pression, 32, tombée à 24 après 10 centimètres cubes.

4 décembre : Après cinq semaines de tranquillité sans hallucinations, reprise depuis trente-six heures des mêmes manifestations qu'autrefois; pression, 23, tombée à 19 après évacuation de 10 centimètres cubes.

Etat satisfaisant pendant 1913. En septembre 1913, nouvelle exacerbation; pression, 52.

On peut donc dire qu'à l'heure actuelle ce malade est atteint d'accès hallucinatoires surtout à caractère auditif survenant par crises périodiques, de courte durée, et qui s'espacent de plus en plus, pendant lesquelles il manifeste un certain degré d'excitation, d'angoisse, mais dont il reconnaît le caractère irréel et pathologique; ainsi que d'un état hallucinatoire fruste continu sous la forme de voix plus ou moins distinctes ou de propos plus ou moins incohérents à caractère vexatoire qu'il perçoit encore de temps en temps d'une façon imprécise et auxquels il n'attache pas d'autre caractère que celui d'une sorte d'infirmité gênante.

De toute façon, ces hallucinations ne sont l'origine d'aucune conception délirante.

« Ce cas rentre, dit Henri Claude, dans la forme périodique des variétés cliniques de l'hypertension crânienne que nous avons décrite dans une communication récente à l'Académie de Médecine. »

Nous ne ferons que rappeler ici comme hallucinose symptomatique le cas de Camus, déjà cité.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est basé sur la présence des hallucinations uni ou multisensorielles, inconscientes, sans délire abstrait surajouté.

La difficulté consiste dans la caractérisation précise de l'absence ou de la présence d'idées délirantes et, dans certains cas, de confusion.

En particulier, lorsqu'il s'agit d'hallucinations psychiques, on évitera de confondre le syndrome avec une psychose d'influence telle que l'ont décrite Séglas et Levy-Darras (33).

En pratique, certains faits sont difficiles à classer, ce sont des cas intermédiaires. Ceux d'Alajouanine et Codet, par exemple, sont des cas intermédiaires, mais ils se rapprochent beaucoup plus de l'hallucinose avec quelques idées délirantes, que nous avons indiquée dans les formes associées, que de la psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet.

Il ne faut pas confondre non plus les simples hallucinations épisodiques avec le syndrome d'hallucinose, soit qu'elles se produisent au cours d'affections fébriles comme dans le cas de Salomon (44), soit qu'il s'agisse de malades atteints d'une affection locale comme ceux de la deuxième catégorie de Régis (43).

« La seconde catégorie, dit-il, est celle des individus dont les hallucinations de l'ouïe prennent d'emblée, ou après une phase de conscience plus ou moins longue, le caractère inconscient. Mais les malades demeurent uniquement des hallucinés. Ils ne greffent aucun délire sur ces hallucinations qui restent généralement intermittentes, neutres, presque indifférentes, en tous cas sans grand retentissement, et au sujet desquelles ils admettent même la discussion. »

Certains cas d'onirisme peuvent prendre l'aspect d'hallucino-
nose, sans délire d'action notable, sans idées délirantes sura-
joutées, sans séquelles (idées fixes post-oniriques), avec simple
constatation de l'hallucination, croyance à la réalité de l'hallu-
cination, au contenu de laquelle le malade n'ajoute que peu de
foi.

D'autre part, il existe des cas d'hallucino-
nose avec confusion
légère surajoutée.

Ces divers faits méritent d'être rapprochés de divers syn-
dromes, comme le font Sérieux et Capgras (46), qui consi-
dèrent l'hallucino-
nose comme l'équivalent d'une confusion.

En fait, et nous y reviendrons plus loin, confusion, onirisme
et hallucino-
nose sont des syndromes cliniques que l'on peut ran-
ger dans le cadre des psychoses toxi-infectieuses.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Pour certains auteurs, Pactet (40) notamment, l'hallucinosé ne s'accompagne pas de délire abstrait en raison du fond mental du sujet chez lequel elle évolue, la débilité ou l'affaiblissement intellectuel ne lui permettant pas d'édifier un délire.

En réalité, on décrit classiquement des délires chez les débiles et chez les déments. De plus, on remarque que, dans le cas de Camus, par exemple, une hallucinose pure s'est compliquée d'idées délirantes parallèlement au développement d'un état démentiel. Par contre, dans le cas de R. Leroy, l'hallucinosé s'est développée sur un fond démentiel préexistant et n'a avec lui aucun rapport de cause à effet.

D'autre part, on trouve dans la littérature plusieurs cas d'hallucinosé chez les débiles (premier cas de Cotard, cas de Buvat, de Juquelier et Le Maux). Une de nos observations (obs. XII) en est aussi un exemple. Toutefois, ce n'est pas là un fait d'observation constante.

Enfin, la dégénérescence mentale, au sens classique du mot, n'exclut pas l'hallucinosé; nous en avons observé un exemple chez une débile dégénérée dont le frère et la fille étaient internés (obs. XVI).

Nous n'avons pu recueillir que quelques notes sur cette malade au cours des visites qu'elle faisait à sa fille.

OBSERVATION XVI (PERSONNELLE) (1)

Il s'agit d'une femme de 55 ans. C'est à 25 ans qu'elle a commencé

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance du Dr René Torgowla.

à être hallucinée. Elle entendait des voix, voyait des têtes qui parlaient. Aussi priait-elle Dieu toute la journée.

Elle les voit encore maintenant, mais elle sait ce que c'est, elle n'en a plus peur. Elle les voit distinctement, ce sont tantôt des têtes, tantôt des corps. Ils sont immobiles, hommes et femmes, ce sont des visions.

Elle voit aussi des personnes, presque tous les jours, et la nuit aussi.

Elle a aussi des « apparitions »; des femmes blanches qui causent. Il est difficile de voir si c'est la Vierge.

Quelquefois elles disent des choses agréables. « Ça vous pousse. Quand on rit ça vous dit des sottises, ça se retire. »

Elle a été « touchée » de personnes qui lisent de mauvais livres et qui s'en servent.

Pour elle ce n'est pas « la maladie ». Il fallait qu'elle se confesse. Ça apparaît aussi bien quand elle prie, dans la rue.

Des fois ça bâille comme des gueules de four, avec des dents longues. Ça cherche à vous faire peur.

Elle voit aussi des serpents qui bougent à l'église.

Elle voit bien tout cela avec ses yeux.

Sans voir personne elle entend souvent des insultes « m... m..., vilaine, sale. »

Elle pense que son frère « c'est la même chose ».

En résumé, il nous paraît que le fond mental ne joue aucun rôle dans l'apparition de l'hallucinoïse. Seuls, certains états constitutionnels, émotif ou paranoïaque, peuvent déterminer l'éclosion d'idées délirantes surajoutées.

Si maintenant on étudie les conditions d'apparition du syndrome hallucinatoire, on trouve à la base, dans la majorité des cas, un état toxique ou toxi-infectieux évident. Chez la malade de Crinon, par exemple (obs. IX), l'hallucinoïse avait succédé à un accès subaigu éthylique; il en était de même, semble-t-il, dans un cas d'Alajouanine et Codet (2). Dans l'observation de R. Leroy (obs. VII), l'état onirique à type d'hallucinoïse était consécutif à un ictus et s'associait à d'autres symptômes mentaux caractéristiques d'un état d'intoxication. Par ailleurs, les troubles psychiques, dans le cas intermédiaire de Régis (43), paraissent conditionnés par une auto-intoxication d'origine thyroïdienne.

Certaines infections, lésant primitivement ou secondairement le système nerveux, sont à l'origine de certaines hallucinoses. Le cas de Brunet et Calmettes (10) est rapporté comme psychose post-grippale. En outre, et il importe d'y insister, la syphilis est à la base de quatre de nos observations : celle de Buvat (11), de Beaudoin (obs. XII), d'Alajouanine et Codet (obs. VIII) dans laquelle on nota une amélioration, avec passage à l'hallucination consciente, parallèle au traitement; enfin, dans un cas personnel (obs. XII), la ponction lombaire a révélé la véritable nature d'une mélancolie délirante, à laquelle a succédé une hallucinose avec hallucinations psychiques.

Il est intéressant de signaler ici le rôle de la syphilis dans la détermination de ces syndromes hallucinatoires qui se rapprochent ainsi, par leurs caractères étiologiques et cliniques, de certains états d'onirisme, tel que celui rapporté par Targowla et M^{lle} Pezé (48). Le cas de Leroy, d'ailleurs, établit la transition, réalisant une véritable forme d'onirisme à type d'hallucinose.

Sérieux et Capgras ont indiqué la parenté qui existe entre confusion et hallucinose (46) et Farnarier (27) avait déjà insisté sur la nature toxique probable de la psychose hallucinatoire aiguë. L'hallucinose nous apparaît, en réalité, comme un véritable syndrome psychopathique toxi-infectieux, très voisin par son aspect et ses causes de l'onirisme, consécutif parfois à d'autres troubles psychiques toxi-infectieux et faisant la transition entre ces derniers et les psychoses hallucinatoires apparemment primitives.

CONCLUSIONS

L'hallucinoze est un syndrome caractérisé par des hallucinations inconscientes sans délire abstrait surajouté. Ces hallucinations, uni ou multisensorielles, s'accompagnent cependant le plus souvent du sentiment vague d'un état pathologique.

On peut distinguer des formes aiguës et des formes chroniques de l'hallucinoze. Ce syndrome peut être essentiel ou symptomatique.

Parmi ses formes cliniques, il faut décrire à part une forme constituée uniquement, ou presque uniquement, par des hallucinations psychiques.

Dans certains cas, l'hallucinoze succède à un état psychopathique préexistant, évoluant vers la guérison et passant souvent ensuite par un stade d'hallucinations conscientes. D'autres fois, il est la première étape d'une psychose systématisée. La forme chronique pure ne paraît pas évoluer vers la démence.

Ce syndrome, bien que signalé avec une certaine fréquence chez les débiles, est indépendant du fond mental. Il semble se développer de préférence chez des individus ne présentant pas la constitution paranoïaque.

Il existe des formes associées dans lesquelles l'hallucinoze est accompagnée d'un léger état confusionnel ou onirique, de quelques idées délirantes, voire de troubles plus complexes se rattachant à l'anxiété, aux obsessions, etc.

Quant à la cause immédiate de ce syndrome hallucinatoire, il semble qu'il faille la chercher dans une atteinte toxique ou toxi-infectieuse des centres nerveux.

En résumé, l'hallucinoze apparaît comme une forme psychopathique s'apparentant :

1° Aux psychoses toxi-infectieuses (confusion, onirisme);

2° A certains états constitutionnels émotifs et abouliques;

3° Aux psychoses hallucinatoires (psychose hallucinatoire aiguë, délires systématisés chroniques, psychose d'influence, etc., etc.).

Elle réalise ainsi, tant au point de vue nosologique, qu'au point de vue de l'évolution dans les cas particuliers, un véritable syndrome de passage entre diverses modalités psychopathiques.

VU

ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

APPELL.

VU :

Le Président,

H. CLAUDE.

VU :

Le Président
de la Faculté de Médecine,

H. ROGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. AIMÉ. — *Hallucinations visuelles chroniques sans délire*. Congrès d'Amiens 1911, p. 346. Enc., 1911, t. 2, p. 393.
2. ALAJOUANINE et CODET. — *Deux cas d'hallucinations auditives avec délire minime non extensif*. S. cl. m. m., 17 mai 1921. Bull., p. 149.
3. BAILLARGER. — *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. 1, p. 298.
4. BALL. — *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 105.
5. BALLET (Gilbert). — *La psychose hallucinatoire chronique*. Enc., n° 11, 10 nov. 1911, t. 2, p. 401.
La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. Enc., n° 6, 10 juin 1913, t. 1, p. 501.
A propos de la psychose hallucinatoire chronique. Enc., n° 7, 10 juillet 1914, p. 79.
6. BALLET et R. GLÉNARD. — *A propos des troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques*. S. de Psy., 19 nov. 1908, Enc., n° 12, déc. 1908, t. 2, p. 680.
7. BEAUDOIN. — *Délire d'influence psychique terminé par la guérison*. S. cl. m. m., 20 déc. 1920. Bull., p. 257.
8. BOUDON et KAHN. — *Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinoïse*. S. de Psy., 16 nov. 1911. Enc., t. 2, déc. 1911, p. 568.
9. BRIERRE DE BOISMONT. — *Des hallucinations*, 1845, ch. II, p. 28.
10. BRUNET et CALMETTES. — *Un cas de psychose post-grippale sans confusion mentale*. Enc., 1910, n° 2, p. 291.
11. BUVAT. — *Un cas d'hallucinoïse chronique*. S. de Psy., 15 juin 1911. Enc., n° 8, 10 août 1911, t. 2, p. 153.
12. CAMUS (Paul). — *Hallucinations visuelles et hémianopsie*. Enc., n° 6, 10 juin 1911, t. 1, p. 521.
13. CAPGRAS et ABÉLY (Paul). — *Un cas atypique de psychose hallucinatoire chronique*. S. cl. m., m. 17 mai 1921. Bull., p. 153.

14. CÉNAC. — *Délire hallucinatoire. Pseudo-hallucinations. Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Hallucinations lilliputiennes, épisodiques, atypiques.* S. cl. m. m., 19 juin 1922. Bull., p. 148.
15. CHARPENTIER (René). — *L'onirisme hallucinatoire. Ses rapports avec la confusion mentale.* Rev. Neur., n° 10, oct. 1919, p. 755-761.
16. CHASLIN. — *Eléments de Séméiologie et Clinique mentales.* Paris, 1912, p. 839.
17. CLAUDE (Henri). — *Etat hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne.* S. de Psy., 18 déc. 1913. Enc., n° 1, 10 janv. 1914, p. 57.
18. G.-G. DE CLÉRAMBAULT et PORC'HER (Yves). — *Automatisme mental et scission du moi.* S. cl. m. m., 19 avril 1920. Bull., p. 110.
19. COTARD (Lucien). — *Deux cas de psychose hallucinatoire.* S. Méd. Psy. 28 déc. 1908. Bull., 1909, IX^e vol., 9^e série, p. 256.
20. CRINON. — *Un cas de psychose hallucinatoire.* S. cl. m. m., 19 avril 1909. Bull., p. 115.
21. DAGONET. — *Traité des maladies mentales*, 1894, p. 68.
22. DIDE et GASSIOT. — *La psychose hallucinatoire chronique.* S. de Psy., 17 nov. 1910. Enc., déc. 1910, t. 2, p. 492.
23. DUPOUY. — *Un cas d'hallucinoïse.* S. de Psy., 18 déc. 1913. Enc., n° 1, 10 janv. 1914, p. 54.
24. DUPRÉ et COLLIN. — *Psychose hallucinatoire chronique à début purement sensoriel.* S. de Psy., 15 juin 1911. Enc., n° 7, juillet 1911, t. 2, p. 159.
25. DUPRÉ et GELMA. — *Hallucinoïse chronique.* S. de Psy., 16 fév. 1911. Enc., 1911, t. 1, p. 282.
26. ESQUIROL. — *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.* Paris, 1838, t. 1, p. 160.
27. FARNARIER. — *La psychose hallucinatoire aiguë.* Th. de Paris. déc. 1899.
28. GASSIOT. — *La psychose hallucinatoire chronique.* Th. de Toulouse, déc. 1910.
29. JUQUELIER et LE MAUX. — *Hallucinations auditives ou psychiques?* S. cl. m. m., 17 mai 1920. Bull., p. 128.
30. LÉLUT. — *Du démon de Socrate* : A, p. 288-289 ; B, p. 252 ; C, p. 264-265 ; D, p. 261-262. Paris, 1836. *Observations sur la folie sensorielle* (1833). Obs. II, p. 271-279.

31. LÉRI (André). — *Cécité et tabès*. Th. de Paris, 1904.
32. LEROY (Raoul). — *Les hallucinations lilliputiennes*. S. Méd. Psy., 26 juillet 1909. Ann., p. 278.
33. LÉVY-DARRAS. — *La psychose d'influence*. Th. de Paris, 1914.
34. LUCY. — *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881, p. 391.
35. LWOFF et CONDOMINE. — *Hallucinations auditives unilatérales*. S. cl. m. m., 20 déc. 1909. Bull., p. 323.
36. LWOFF et TARGOWLA (René). — *Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général tabétique*. S. cl. m. m., n° 2, fév. 1921.
37. MOREL. — *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 387.
38. MOTTI et CASCELLA. — *Aversa*, 1906, 73 p. Analyse in Enc., 1907, t. 1, p. 655.
39. NORDMAN et BONHOMME. — *Un cas d'hallucinose*. S. Méd. Psy., 17 juillet 1916. Ann., n° 4, oct. 1916, p. 549-553.
40. PACTET. — *Discussion du cas de Crinon* (S. cl. m. m., 19 avr. 1909. Bull., p. 115).
41. PARCHAPPE. — *Discussion sur les hallucinations*, à la Soc. Méd. Psy., séance du 28 avril 1856.
42. PLAUT. — *Ueber Halluzinosen der Syphilitiker*. Monographien aus dem gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Berlin 1913, Heft 6.
43. RÉGIS. — *Précis de Psychiâtrie* 3^e éd., 1906, p. 70-71. 4^e édit., 1909, p. 74-75.
— *Un cas de myxœdème des adultes avec aspect mongoloïde et psychose hallucinatoire chronique*. Enc., n° 12, 10 déc. 1911, t. 2, p. 519.
44. SALOMON. — *Hallucinations lilliputiennes au cours d'un érysipèle de la face*. S. cl. m. m., 19 juillet 1920. Bull., p. 195.
45. SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, p. 450-456.
— *Discussions des cas de Buvat (11), Cotard (19), Dupré et Collin (24). Dupré et Gelma (25)*.
46. SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Délires systématisés chroniques in Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique* (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix). Psychiâtrie, t. 1, p. 291.

47. SOUKHANOFF. — *Journal nevropatologii i psichiatrii*, 1906, n° 3, p. 373. *Contribution à l'étude des « hallucinoses »*. Analyse par Halberstadt in Enc., 1907, t. 2, p. 469-470.
48. TARGOWLA et Mlle PEZÉ. — Soc. M. P. Séance de Nov. 1922.
49. TREPSAT et PIQUEMAL. — *Sur un cas de psychose hallucinatoire chronique*. Enc., n° 5, 10 mai 1914, t. 1, p. 450.
50. WERNICKE. — *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig 1906 25^e leçon : Akute Halluzinose, p. 259.
51. ZIEHEN. *Psychiatrie*. Berlin, 1894, p. 365.

